UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923. — N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS AMIBIENS DU FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Décembre 1923

PAR

BOUMALI Mohammed

Né à Bône, le 10 Mai 1896

Membres du Jury :

MM.	**ARDIN-DELTEIL**, Professeur de clinique médicale.	*Président.*
	HÉRAIL, Professeur de thérapeutique,	*Juges.*
	COSTANTINI, Professeur agrégé (Chirurgie),	

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2

1923

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0085

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923. — N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS AMIBIENS DU FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Décembre 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

BOUMALI Mohammed

Né à Bône, le 10 Mai 1896

Membres du Jury :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale. — *Président.*
HÉRAIL, Professeur de thérapeutique, } *Juges.*
COSTANTINI, Professeur agrégé (Chirurgie), }

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2
—
1923

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. HÉRAIL (I. ✠).
DOYEN HONORAIRE	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
ASSESSEUR	ARDIN-DELTEIL (✲, I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, ⚕, I. ✠). LEBLANC (✲, ⚕, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, ✵, I. ✠).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD (✲, A. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	ROUVIER (✲, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ✠).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (⚕, A. ✠).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (O. ✲, I. ✠, O. ✠).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ✠).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✲, ⚕, I. ✠).
Médecine légale	GIRAUD (✲, ✵).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✲, I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (I. ✠).
Physiologie	TOURNADE (✲, ⚕, A. ✠).
Physique médicale	DUFOUR (✲, I. ✠).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. MALOSSE, Théod. (I. ✠, ✲).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✲, ⚕, O. I. ✠).

AGRÉGÉS

Accouchements	MM. LAFFONT (✲, ✵, A. ✠)
Chirurgie	COSTANTINI (✲, ✵). LOMBARD (✵, A. ✠).
Médecine	AUBRY (✲, ✵). POROT (A. ✠)
Physiologie	N...
Histoire naturelle méd. et parasitologie	SENEVET (✵).
Pharmacie et matière médicale	N...
Chimie médicale	PORTES (✲, ✵, A. ✠)

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie ..... M. FERRARI (✵, A. ✠).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse :

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MEHDI

Sergent au 3e Régiment de Tirailleurs Algériens

Mort pour la France.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI MAITRE BELHACÈNE KACI

Sergent, 21e Section d'Infirmiers

Mort pour la France.

A MA MÈRE ET A MON ONCLE

En gage de ma grande affection.

A MON PÈRE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique médicale

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

Hommage de notre profonde et respectueuse admiration.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HÉRAIL

Doyen de la Faculté

Professeur de thérapeutique.

Il fut pour nous, pendant les deux dernières années de notre scolarité, un maître bienveillant et toujours indulgent.

Bien faible témoignage de nos sentiments de profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COSTANTINI

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et témoigné la plus grande bienveillance.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de nos sentiments respectueusement reconnaissants.

A NOS MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS AUBRY, ARGAUD,

CABANES, CURTILLET, LEBLANC, RAYNAUD,

ROUVIER et VINCENT.

A MONSIEUR C. LE GRAND

Proviseur au Lycée du Hâvre.

Bien faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOUCHER

Ancien chef de clinique

Chef des travaux pratiques d'histologie

Chef de laboratoire à la clinique chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AZOULAY

Chef de clinique

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARGAILLAN

A NOS CAMARADES D'ÉTUDES

ALIOUA, ALLAL, HOCINE, KACI, LAKHDARI.

INTRODUCTION

Au début de la dernière année-scolaire, nous avons observé et suivi dans les services de nos maîtres MM. les Professeurs Ardin Delteil et Vincent, deux malades porteurs d'abcès amibiens du foie ouverts dans les bronches, traités et guéris, l'un par l'ouverture chirurgicale de l'abcès, fermeture totale de la poche hépatique et cure émitinienne, l'autre, par le chlorhydrate d'émétine associé au novarsénobenzol.

Sur les conseils de notre maître M. le Professeur agrégé Costantini, nous avons entrepris une étude d'ensemble de cette importante question si ancienne et toujours d'actualité.

Notre modeste travail est basé sur deux observations dues à l'obligeance de notre maître M. le professeur agrégé Costantini et de M. le docteur Azoulay et deux observations qu'ont bien voulu nous communiquer notre maître M. le Professeur Ardin-Delteil et M. le docteur Duboucher. Il s'agit dans le cas de M. le docteur Duboucher d'un abcès hépatique d'origine amibienne avec rupture dans les voies respiratoires, traité sans succès par le chlorydrate d'émétine et guéri par l'intervention chirurgicale suivie d'injections sous-cutanées d'émétine. La guérison, chez le malade de M. le Professeur Ardin-Delteil, a été obtenue par la médication émétinique associée à l'arsénobenzol.

Seuls les abcès amibiens du foie compliqués de vomique seront envisagés ici. *Nous nous occuperons très succinctement de tout ce qui a trait à l'amibiase hépatique en général.*

Nous commencerons notre étude par les observa-

tions recueillies dans les services de nos maîtres. Après une rapide étude de l'étiologie, de la pathogénie, nous insisterons sur l'anatomie pathologique, sur la symptomatologie sur le diagnostic, sur le pronostic et sur le traitement de cette affection.

Pour traiter cette question, nous avons consulté un nombre considérable d'auteurs, surtout coloniaux, particulièrement bien renseignés sur l'amibiase et ses complications. Nous les citons dans le texte. Aussi, avons-nous cru devoir supprimer l'index bibliographique.

Observation I recueillie dans le service de M. le Professeur Vincent.

Abcès amibien du foie ouvert dans les bronches. Intervention chirurgicale ; injection de chlorhydrate d'émétine. — Guérison.

Edouard Es..., homme d'équipe aux chemins de fer, âgé de trente-trois ans, entre à l'Hôpital de Mustapha, salle Pasteur (service de M. le Professeur agrégé Aubry), le 16 novembre 1922, pour toux, expectoration purulente et diarrhée.

Antécédents héréditaires ; rien de notable.

Antécédents collatéraux : nuls.

Antécédents personnels : Vagues troubles digestifs en août 1922 (hospitalisation).

Histoire de la maladie.— Depuis quatre mois, le malade a de la diarrhée (quinze à vingt selles par jours) accompagnée de fortes coliques et de ténesme. Quelques semaines après le début de cette maladie, apparaît une douleur localisée au niveau de la base de l'hémithorax droit. Cette douleur ne tarde pas à devenir intolérable. La région hépatique se tuméfie. Une dyspnée très marquée s'installe. Le sommeil est impossible. L'état général s'altère rapidement. Dans la nuit du 14 au 15 novembre 1922, la douleur augmente d'intensité ; brusquement, Edouard Es.. se met à tousser et rejette sans difficulté 200 à 250 grammes de pus rougeâtre. Après cette vomique, le malade qui n'est guère soulagé, continue à tousser et à rendre de petites quantités de pus. Rentre à l'hôpital le 16 novembre 1922.

Examen du malade. — On se trouve en présence d'un homme amaigri, dyspnéique, de teint terreux. Ses pommettes sont rouges, ses yeux brillants. Il tousse fréquemment. Cette toux est suivie chaque fois de crachats couleur chocolat. Un crachoir est rempli en vingt quatre heures. Expectoration plus fréquente la nuit et, d'une façon générale dans la position couchée.

Examen des différents appareils : Appareil respiratoire.

Inspection : Voussure à droite, visible surtout en arrière.

Base du thorax immobile, ne suit pas les mouvements respiratoires.

Espaces intercostaux peu élargis.

Palpation : A gauche : rien.

A droite : Pression douloureuse au niveau de la voussure.

Vibrations augmentées en avant, normales en arrière.

Circonférence thoracique : L'hémithorax droit a 3 c/m. de plus que l'hémithorax gauche.

Percussion : A gauche : rien.

A droite : Submatité à partir du mamelon se confondant en bas avec la matité du foie.

Submatité en arrière sur toute la hauteur du poumon.

Auscultation : A gauche : rien.

A droite, en avant : murmure vésiculaire diminué au sommet. En arrrière : respiration rude au sommet, murmure vésiculaire diminué dans le reste du poumon.

Appareil digestif. Anorexie. Nausées.

Le ventre est souple. Le foie hypertrophié, douloureux, déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes.

Il existe de la diarrhée. Les selles, au nombre de douze à quatorze par jour, sont liquides, ressemblent à une « purée de pois cassés » ne renferment ni sang, ni fausses membranes.

Rien du côté des autres appareils.

La température oscille entre 37° et 38°.

Autres examens : Bacilloscopie : négative.

Frottis des selles : pas d'amibes.

Radioscopie : Diaphragme peu mobile, bombe très fortement à droite.

Ponction exploratrice (9e espace intercostal, ligne axillaire postérieure) : on retire quelques centimètres cubes de pus chocolat.

L'existence d'un abcès amibien ouvert dans les bronches malgré l'absences d'amibes dans les selles, ne laisse plus aucun doute.

Le malade est transféré le 25 novembre, salle Dupuytren, dans le service de M. le Professeur Vincent que remplaçait M. le Professeur agrégé Costantini.

Le 26 novembre. — Le malade présente les mêmes symptômes ; il est apyrétique.

Numération globulaire : 9.000 globules blancs.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	76
Mononucléaires	11
Lymphocytes	12
Eosinophiles	1

Le 27 novembre. — Examen radioscopique : Foie gros. Diaphragme bombe dans le thorax, atteint la septième côte. Sinus costo-diaphragmatique oblitéré. On ne voit pas la cheminée d'évacuation.

Le 28 novembre. — Intervention chirurgicale. Voie transpleurale.

Incision au niveau de la onzième côte ; résection de celle-ci ; adhérences ; incision du diaphragme. Ponction d'une tumeur siégeant à la partie postérieure et supérieure du foie : quelques centimètres cubes du pus « chocolat » très épais. Ouverture au bistouri de cet abcès, qui donne issue à un pus sanglant, inodore, constitué par des détritus hépatiques. Nettoyage minutieux à l'aide de compresses de la poche abcédée. L'orifice établissant la communication entre la poche hépatique et les bronches ne peut être découvert. L'examen microscopique n'ayant rien révélé, M. le Professeur Costantinire ferme complètement la cavité. Suture en trois plans. Légère vomique à la fin de l'opération.

Le 29 novembre. — Expectoration abondante 100 c c. par jour. Crachats muqueux aérés, sanglants, forment deux couches, l'une supérieure, spumeuse, de coloration jaunâtre, l'autre inférieure sanglante et verdâtre. Malade accuse goût d'amertume. Phénomène signalé pour la première fois depuis sa maladie. Toux moins fréquente.

Etat général satisfaisant. Température : 37°

On institue le traitement émétinien : injection tous les deux jours de 0 gr. 04 de chlorydrate d'émétine.

Le 30 novembre. — Crachats purulents, épais, striés de sang, coloration « jus de pruneaux » adhérents au crachoir,

nummulaires 50 cc. par jour. Les crachats du matin ont un goût amer. Toux légère.

Température : 37°.

La température ne dépasse pas les jours suivants 37°.

Le 1er décembre. — Expectoration purulente, légèrement teintée en rose, très diminuée. Pas de goût amer. Toux persiste, elle est plus fréquente la nuit.

Pus recueilli lors de l'opération : amicrobien, aucun microbe n'a cultivé.

Le 2 décembre. — Crachats purulents striés de sang. Le matin deux à trois crachats amers. Toux moins fréquente.

Etat général s'améliore de jour en jour.

Le 4 décembre. — Quelques crachats muco-purulents ne présentant aucun goût amer.

Toux n'existe presque plus.

La diarrhée atténuée dès les premiers jours de l'opération et des injections de chlorhydrate d'émétine, a totalement disparu.

L'appétit est revenu, le malade s'alimente bien.

Le 8 décembre. — Rares crachats.

Le 10 décembre. — Plus de toux, plus d'expectoration.

Plaie complètement cicatrisée.

Foie normal.

A l'examen du thorax : on ne constate qu'une légère submatité à la base à droite et quelques râles.

Radiographie : Ombre du foie presque normale. Poumon clair.

Le 20 décembre. — Malade engraisse, il a fort bon appétit, il « dévore », dit-il.

Le 6 janvier 1923. — Le malade quitte l'hôpital complètement rétabli : il a engraissé de 10 kilog. en 3 semaines.

Il a reçu 19 injections de chlorhydrate d'émétine.

On lui conseille de revenir de temps en temps pour se faire quelques injections d'émétine.

1er Mai. — Es... revient pour une nouvelle série d'émétine. Il éprouve une légère douleur au niveau de la base de l'hémithorax droit. Rien de particulier à l'examen.

26 septembre 1923. — Santé excellente. Aucun point douloureux.

Observation II recueillie dans le Service
de M. le Professeur Ardin-Delteil

Abcès amibien du foie ouvert dans les bronches
Injections de chlorhydrate d'émétine et de novarsenobenzol
Guérison

Henri V..., ajusteur aux chemins de fer, âgé de trente-sept ans, entre à l'Hôpital de Mustapha, Salle Larrey (service de M. le docteur Cochez), le 4 décembre 1922, pour douleurs siégeant au niveau de l'hypochondre, de l'hémithorax et de l'épaule droite et perte des forces.

Antécédents héréditaires : rien de notable.

Antécédents collatéraux : nuls.

Antécédents personnels : Dysenterie contractée en 1916 en Tripolitaine, qui guérit au bout d'un mois et demi. En octobre 1922, abcès amibien du foie, traité et guéri par l'intervention chirurgicale et quatre injections de 5 centigr. chacune de chlorhydrate d'émétine (M. le docteur Cabanes).

Histoire de la maladie. — Depuis le 28 novembre 1922, le malade éprouve d'assez fortes douleurs au niveau de la base de l'hémithorax droit, surtout en arrière, plus intenses au moment de l'inspiration, s'irradiant vers l'épaule droite et la région lombaire du même côté. Il n'a plus d'appétit et il maigrit.

Examen du malade. — On se trouve en présence d'un homme très amaigri, de teint légèrement subictérique,qui tousse de temps en temps et expectore parfois quelques crachats muco-purulents.

Examen des différents appareils.— Appareil respiratoire: rien à noter à gauche. A droite : douleur à la pression au niveau de l'extrémité antérieure de la neuvième côte.

Vibrations augmentées et submatité à la base du poumon ; quelques râles de congestion à ce niveau

Appareil digestif. — Le ventre est souple. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal, il est douloureux à la pression.

Rien du côté des autres appareils.

La fièvre atteint parfois 38° le soir.

Radioscopie : Coupole diaphragmatique se dessine très mal. Sinus costo-diaphragmatique obscur.

Ponction exploratrice (septième espace intercostal, ligne axillaire postérieure) : on retire un liquide jaune citrin.

Examen microscopique du liquide retiré : Leucocytes abondants, polynucléaires prédominent, quelques cellules endothéliales.

11 décembre. — Radioscopie : Foie volumineux, son centre paraît plus obscur que le reste de son parenchyme. Plèvre est le siège d'un épanchement.

12 décembre. — Dans la nuit du 11 au 12 décembre, le malade vomit sans aucune difficulté la moitié d'un crachoir d'un liquide ressemblant à de la gelée de groseilles. Le malade se sent immédiatement soulagé, son point de côté cesse d'être douloureux et il peut dormir jusqu'au matin ; depuis lors, il expectore des crachats ressemblant au liquide expectoré la nuit.

Le malade est envoyé salle Trousseau (service de M. le Professeur Ardin-Delteil).

13 décembre. — La douleur à l'épaule droite a disparu Le malade respire normalement, mais il tousse et émet des crachats « gelée de groseilles ».

Examen des différents appareils :

Appareil respiratoire : Rien du côté gauche.

Au niveau de l'hémithorax droit, on note à la base du poumon de la diminution des vibrations, de la matité de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, des frottements et le signe du sou ; à la partie moyenne du poumon, de l'exagération des vibrations et un souffle amphorique ; au sommet du poumon les vibrations sont exagérées.

Appareil digestif. — Le foie est indolore. Sa limite supérieure remonte jusqu'au quatrième espace intercostal et dépasse en bas de cinq travers de doigt les fausses côtes.

Examen du sang : 10.500 globules blancs avec 64 °/₀ de polynucléaires et 36 °/₀ de mononucléaires.

Pas de fièvre.

On institue le traitement mixte émétine novarseno-benzol suivant la méthode préconisée par Ravaut : Du

13 décembre 1922 au 19 janvier 1923, le malade a reçu 9 injections intraveineuses de novarsenobenzol et 18 injections sous-cutanées d'émétine ; 9 injections de novarsenobenzol aux doses de 0 gr. 15 faites à quatre jours d'intervalle ; après les injections 1, 2, 3, on injecte, chacun des jours intermédiaires, l'émétine aux doses de 4, 6, 8 centigrammes ; après les injections 4, 5, 6, on suspend l'émétine et on la reprend aux doses précédentes après les injections 7, 8, 9.

17 décembre. — Radiographie : Foie gros ; diaphragme immobile ; petite quantité de liquide dans la plèvre.

Expectoration considérablement diminuée, constituée par quelques rares crachats avec de rares filets de sang. Appétit revenu. Etat du malade satisfaisant.

19 décembre. — Un seul crachat muco-purulent depuis hier.

27 décembre. — Foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. Douleur au niveau du foie.

3 janvier 1923. — Très bon état général. La douleur du côté droit a diminué d'intensité.

8 janvier. — Peu de liquide dans la plèvre.

Foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal.

Tous les phénomènes douloureux ont disparu. Malade a repris son embonpoint.

20 janvier. — Radioscopie : Diaphragme net, ampliation presque normale. Foie normal. Base du poumon droit transparente.

Le malade quitte l'hôpital complètement rétabli. On lui conseille de prendre alternativement tous les deux jours, vingt jours par mois (un mois sur deux) :

1° Six cuillerées à café par jour de pâte de Ravaut ;

2° Deux comprimés par jour de narsenol.

Ce traitement est à suivre pendant un an.

27 septembre 1923. — Etat de santé satisfaisant. V... suit son traitement.

Observation III (Ardin-Delteil)

D... Emile, 35 ans. En 1914, séjour à Boghari. Dix jours après se déclare une entérite dysentériforme qui dure environ vingt jours et paraît céder au régime et à un traitement banal, non spécifique.

En mars 1920, la diarrhée, qui n'avait plus reparu depuis 1914, reparaît pendant quarante-huit heures. A cette diarrhée succède une crise de congestion hépatique douloureuse, avec fièvre, toux et réaction pleurale de la base droite sous forme de pleurésie sèche. M. Ardin-Delteil porte le diagnostic *d'hépatite amibienne présuppurative.*

En raison des antécédents, cette crise fut traitée par une série d'injections de chlorhydrate d'émétine suivie d'une cure d'entretien par injections alternées d'émétine et de 914.

A diverses reprises, la congestion hépatique reparaît ; le foie reste gros, débordant les côtes de trois travers de doigt, et douloureux. Chacune de ces rechutes est marquée par de la fièvre et disparaît sous l'influence de l'émétine.

En août 1920, au cours d'un voyage en France, le malade consulte à Paris les docteurs Kuss et Charpy. Une réaction de Wassermann est positive par le procédé de Desmoulières. (Le malade a eu à 18 ans un chancre syphilitique survenu un mois après le coït). Il revient de Paris avec le diagnostic de « gros foie syphilitique » et entreprend un traitement suivi par le novarsenobenzol.

Revu en octobre 1920 par le Professeur Ardin-Delteil, celui-ci constate la persistance d'un gros foie douloureux, de fièvre, de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, avec submatité, obscurité respiratoire, frottements. Le malade tousse et maigrit. Ce sont cette toux et cet amaigrissement qui l'avaient incité à consulter à Paris le docteur Kuss, le malade se croyant atteint de tuberculose pulmonaire.

M. Ardin-Delteil élimine le diagnostic de tuberculose et de foie syphilitique et maintient le diagnostic d'*hépatite amibienne* avec, actuellement, *abcès du foie.*

Le malade est mis au traitement par la pâte de Ravaut

et l'arsénobenzol par voie digestive, sous forme de comprimés de Narsénol Billon.

En novembre et décembre, la même situation se maintient. Fièvre, toux émétisante, douleur dans l'hypochondre droit, signes de congestion pleuro-pulmonaire dans la base droite.

Au début de décembre, poussée d'entérite. La recherche des amibes et des kystes est négative dans les selles, où l'on ne trouve que du coli bacille. Cette diarrhée résiste à l'émétine.

Une douleur assez vive apparaît dans l'épaule droite. Une numération leucocytaire, faite le 7 décembre, révèle de l'*hyperleucocytose* (20.000 globules blancs par millimètre cube) avec *polynucléose* : 78 °/₀ de polynucléaires. C'est une *formule nette de suppuration.*

La situation se maintenant et l'état général allant en s'aggravant, on décide d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

Le 25 décembre, un quart d'heure avant la consultation avec le chirurgien, le malade fait une *vomique* et expulse un litre environ de pus chocolat.

A partir de ce moment, la fièvre baisse, la toux diminue. Le malade est remis à un traitement énergique par l'émétine.

L'expectoration conserve d'abord son caractère purulent et sa coloration chocolat, puis, à mesure qu'elle diminue, les crachats deviennent hémo-purulents, puis rosés.

Vers le 12 février 1921, la toux et l'expectoration cessaient définitivement, et la fièvre disparaît complètement.

Le foie reste gros et douloureux à la palpation jusqu'en mars. A cette époque, le malade fait un ictère catarrhal qui cède rapidement.

Depuis lors, sa guérison s'est maintenue.

Observation IV (Henri Duboucher) [1]

Très volumineux abcès du foie ouvert dans les bronches
Échec de l'émétine seule ; incision et émétine : guérison

F... ben G..., ancien militaire, cavalier de commune

(1) Observation résumée — *Rev. Méd. Franç.*, 1922, p. 289.

mixte et venant d'un hôpital de l'intérieur (Téniet-el-Haad), entre à l'Hôpital de Mustapha le 19 octobre 1920, avec le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans les bronches.

Commémoratifs. — Il aurait eu, antérieurement, des périodes de diarrhée, parfois sanglante. La dernière crise dysentériforme s'est produite il y a deux mois et demi environ. Il y a un mois et demi sont apparues des douleurs dans l'hypochondre droit et la région a commencé à augmenter de volume. La fièvre s'est installée parallèlement et l'état général a progressivement baissé : amaigrissement, anorexie, perte des forces.

Le 22 septembre, alors que le malade toussait depuis quelques jours, il se produit une vomique abondante qui amène un léger soulagement et fait tomber la fièvre.

L'expectoration, abondante, continue ; les crachats sont parfois très abondants ; l'amaigrissement fait de rapides progrès ; l'alimentation est presque nulle.

Le malade, obligé de cesser son service, tente d'abord de se soigner lui-même. N'obtenant aucune amélioration, il sollicite son hospitalisation dans les premiers jours d'octobre. Il est soigné quelques jours à l'Hôpital régional.

Examen du 20 octobre. — Malade de grande taille, âgé de 28 ans, très amaigri. Teint terreux, léger subictère des conjonctives ; muqueuses décolorées ; faciès d'infecté profond. Langue saburrale, anorexie, soif vive. Diarrhée fétide et mousseuse, non sanguinolente. Céphalée ; transpirations nocturnes, asthénie profonde, température à 38° le soir. Toux et expectoration abondante et purulente.

La base thoracique droite est étalée. Le rebord costal et l'appendice xyphoïde sont rejetés en avant par une voussure énorme. Le mamelon droit est surélevé et, à 4 c/m au-dessous de lui, se voit une saillie arrondie, grosse comme un œuf, au niveau de laquelle les téguments ont un aspect normal. La palpation fait percevoir en ce point une fluctuation très superficielle. Les téguments se laissent néanmoins plisser entre les doigts. L'index, en déprimant la saillie, pénètre dans un orifice qui plonge à travers l'espace intercostal sous-jacent.

La pression est douloureuse au niveau des derniers

espaces intercostaux et sur les points phréniques supérieur et inférieur à droite.

Le foie déborde largement le rebord costal ; il est douloureux à la pression. Sa matité verticale, très agrandie, se perd, en haut, dans une zone de submatité pleuro-pulmonaire. Là l'auscultation révèle des sous-crépitants et des frottements pleuraux.

Diagnostic. — Abcès volumineux du foie ouvert dans les bronches et près de s'ouvrir à la peau.

Traitement. — L'état général semble permettre la tentative du traitement par l'émétine seule. On fera 0 gr 06 d'émétine quotidiennement, en injection sous-cutanée et pendant dix jours.

Le 21 octobre, la température monte à 38°5 le soir.

Le 22 octobre, elle est à 38°4 le matin. Au cours d'une violente quinte de toux se produit une vomique d'abondance moyenne. La voussure sous-mammaire reste aussi saillante et aussi fluctuante.

Le 23 octobre, la température tombe à 37°, 37°8.

Le 26 octobre, le thermomètre marque 37°, 37°2. L'état général n'a pas sensiblement changé ; la diarrhée a diminué.

Le 27 octobre, la température remonte à 38°3.

Le 28 octobre, l'expectoration, qui avait diminué après la vomique précédente, redevient très abondante. La température est à 37°8 le soir. La collection hépatique ne diminue pas. Il est manifeste que le drainage bronchique est insuffisant. L'intervention est décidée pour le lendemain.

Opération le 29 octobre. — Résection costale au niveau de la saillie sous-mammaire : une énorme quantité de pus, grisâtre avec stries rouges, est évacué. Lavage au Dakin. Deux gros drains.

Le 30 octobre, la température s'élève encore à 38°4 le soir. Le 31, elle tombe à 37°4 et s'y maintiendra.

L'expectoration s'arrête presque complètement.

L'appétit reparaît bientôt et les forces reviennent rapidement. Le pansement, largement souillé au début, est renouvelé tous les jours et, chaque fois, on irrigue copieusement la cavité de l'abcès au Dakin.

Le 5 novembre, les piqûres d'émétine sont reprises e continuées pendant dix jours de suite.

Le premier lever a lieu le 6 novembre. Le 9, la température remonte une dernière fois à 38° ; dès le lendemain, elle retombe au voisinage de 37° et s'y maintiendra définitivement.

Dans la suite, la cavité de l'abcès diminue rapidement de capacité. L'appétit devient bientôt énorme. Les forces reprennent très vite. L'expectoration se tarit définitivement. Le teint terreux du visage disparaît et les muqueuses se recolorent. Les masses musculaires se reforment et le tissu adipeux sous-cutané se reconstitue. Le malade est bientôt complètement transformé ; il sort le 9 décembre, guéri, après avoir reçu une troisième série de piqûres d'émétine. Il lui est recommandé de reprendre, de temps à autre et sous la direction de son médecin, cette médication spécifique.

Historique

L'ouverture dans les bronches constitue la complication la plus fréquente de l'abcès amibien du foie évoluant naturellement. Les auteurs de l'Antiquité et du Moyen-Age (Celse, Archigène, Galien, Actius, Ibn-Sina (Avicenne), Hali-Abbas, Abou-al-Kacem, (Albucassis) qui ont laissé de l'hépathite amibienne suppurée, une description exacte quoique incomplète, n'ont donc pu ignorer la vomique dans cette affection.

De la Renaissance au milieu du XIX[e] siècle, cette question est considérée en même temps que les abcès hépatiques d'origine amibienne par Pringle (1752), de la Motte (1771) et Portal (1813), en France ; Annesley (1828), en Angleterre ; Larrey (1829), en Egypte et en Syrie ; Budd (1845), à bord du navire-hôpital *Dreagnouth*.

Lors de la conquête de l'Algérie, tandis que Cambay (de la dysenterie et des maladies du foie qui la compliquent, 1847) publie trois observations de vomique hépatique ; Haspel (traité des maladies de l'Algérie, 1850) en cite trois, et Rouis (recherches sur les suppurations endémiques du foie, 1860) étudie d'une façon précise l'abcès du foie ouvert dans les voies aériennes.

De 1860 à 1895 paraissent de nombreux travaux. Il est impossible de ne pas remarquer en premier lieu Stromeyer-Little (1880) dont la hardiesse chirurgicale a fait faire un grand progrès au traitement des abcès du foie. Rousse (thèse de Montpellier, 1883) s'occupe des ouvertures des abcès du foie ; Brossier (thèse de Paris, 1888) et Morvan (thèse de Bordeaux, 1888), consacrent leur travail inaugural aux abcès du foie expectorés ; Débergue (thèse de Montpellier, 1889)

étudie la migration des abcès du foie dans la forme chronique de l'hépatite suppurée des pays chauds. Kelsch et Kiener (traité des maladies des pays chauds, 1889) attirent l'attention sur la fréquence de la dysenterie (75 p. cent des cas) dans les antécédents des malades porteurs d'abcès tropicaux du foie et par là établissent l'origine dysentérique de l'abcès ouvert dans l'arbre bronchique ; Rist et Boudet confirment expérimentalement les vues de ces deux auteurs. Kartulis, dans les Archives de Virchow, Netter et Laveran, à la Société Médicale des Hôpitaux, et Peyrot, à la Société de Chirurgie de Paris, insistent sur la stérilité du pus. Enfin, en 1895, Bertrand et Fontan (traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, grands abcès du foie), se basant sur vingt-et-une observations personnelles, donnent de cette maladie un tableau devenu classique et règlent la technique opératoire.

Durant la période qui s'étend de 1895 à 1912, à côté de multiples travaux d'ensemble, tels que ceux de Schartz (chirurgie du foie, 1901), de P. Manson (Maladies des pays chauds, 1904), de Janselme et Rist (Pathologie exotique, 1909), de Le Dantu (pathologie exotique, 1909), de Fontan (grands abcès du foie, 1909) prennent place un très grand nombre de communications aux sociétés savantes et d'articles de journaux.

En 1906, Gaide publie (Bulletin médico-chirurgical de l'Indo-Chine) quatorze cas de vomique hépatique, et Loison (Revue de Chirurgie), trois.

Boinet (1909) communique à l'Académie de Médecine vingt-et-un cas d'abcès du foie dont quatre ouverts dans les bronches.

Valence (Revue de chirurgie, 1909) étudie l'abcès du foie et l'expectoration biliaire.

En 1911, Sambuc (Bulletin médico-chirurgical de l'Indo-Chine) observe à Hanoï plus de cent cas d'hépa-

tite suppurée dont neuf compliqués de rupture dans l'arbre bronchique.

Avec l'introduction par Wedeer Rogers (1912) du chlorhydrate d'émétine dans l'arsenal thérapeutique, le traitement qui, jusqu'à cette époque est purement chirurgical, devient médical (Chauffard, Dopter, Tuffier, Le Pape, Lorin, Bayone et Paillard, Esbach et médico-chirurgical (Flandin et Dumas, Miginiac).

A signaler au cours de cette dernière période l'important ouvrage de Grall et Clarac (Pathologie exotique clinique et thérapeutique, 1920).

La vomique des abcès tropicaux ou mieux amibiens du foie constitue une des parties les plus importantes de leur histoire. Si, à propos de son tableau clinique tout semble avoir été dit, son traitement s'améliore sans cesse.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Costantini, vient de réaliser un progrès nouveau dans la thérapeutique chirurgicale des abcès amibiens du foie, en obtenant la cicatrisation de la plaie de son malade en dix jours par la suture *per primum* de la poche hépatique abcédée.

Étiologie

De l'intestin, qu'elle a plus ou moins désagrégé, l'amibe dysentérique (amoeba dysenteriæ de Councilmann et Lafleur, entamoeba hystolitica de Schaudin, entamoeba tetragina de Viereck) atteint le foie soit par la veine porte, qui constitue la voie habituellement empruntée, soit par les lymphatiques du ligament falciforme (Rogers The Lancet, 11 mars 1922).

Au niveau de la glande hépatique, l'amibe dysentérique, après un répit prolongé, ou parfois d'emblée, détermine la nécrose et la fonte purulente des tissus, d'où la formation d'un abcès qui tend à s'épancher à l'extérieur et le plus souvent à travers les poumons.

Causes de la vomique. — Quelles sont les causes de cette évacuation par les bronches et quelle est sa fréquence ?

Après examen attentif de toutes les observations colligées, il est difficile de répondre à la première question. L'âge, le volume et le siège de l'abcès, les traumatismes et l'état antérieur des poumons méritent cependant d'être étudiés.

Age. — L'âge de l'abcès ne joue aucun rôle. La rupture se produit, en effet, tantôt peu après l'apparition de l'abcès du foie comme dans notre première observation, tantôt très longtemps après les accidents hépatiques.

Volume. — Pas plus que l'âge de l'abcès, le volume ne favorise la vomique. Nombreux sont les cas dans lesquels le foie était transformé en un volumineux abcès constaté seulement à l'autopsie. (Rouis. Recherches sur les suppurations endémiques du foie, 1860).

Traumatisme. — Si le traumatisme a déterminé quelquefois la rupture de l'abcès hépatique dans le péritoine, il n'a jamais été signalé comme cause probante de la vomique. Bien que Séguin et Gaide aient observé deux cas où celle-ci semble s'être produite après un traumatisme violent de la poitrine.

Etat antérieur des poumons. — L'état antérieur des poumons doit retenir notre attention. L'abcès se trouvant en rapport avec le diaphragme et par son intermédiaire avec le poumon détermine l'inflammation de celui-ci. Si le poumon est déjà altéré, son parenchyme va offrir moins de résistance au pus, qui tend à s'acheminer vers l'extérieur.

Pression abdominale. — On a aussi invoqué la pression exercée par le diaphragme et la masse intestinale sur le foie. Cette compression permanente, venant à s'ajouter à la tension intérieure de l'abcès, provoquerait l'irruption du pus dans les parties supérieures. En effet, malgré la position déclive de la poche hépatique par rapport à l'ouverture située à sa partie culminante, le pus tend néanmoins à s'exprimer et à s'évacuer par elle. (Foucault, Sur les vomiques dans leurs relations avec les abcès dysentériques du poumon et du foie, Arch. de Méd., mars-mai 1908). Cette hypothèse est, à notre sens, sinon en totalité du moins partiellement inexacte. Elle n'explique pas l'ouverture de l'abcès hépatique dans les bronches après l'intervention chirurgicale. (Bertrand, Gastinel, Sambuc). La pression intra-abdominale, venant à augmenter, le pus doit sortir par la brèche pratiquée et non vouloir chercher une autre issue à travers l'appareil respiratoire.

Siège. — Le siège est de toutes les causes adjuvantes, de beaucoup la plus importante. Tous les abcès amibiens hépatiques vidés par l'arbre bronchi-

que se rencontrent, comme le démontrent les observations où la radioscopie et particulièrement l'autopsie ont pu être réalisées, sur la face convexe et sur la face postérieure du foie. Sambuc, au Tonkin (Ann. d'Hyg. et de Méd., col. 1913, p. 48) a noté 15 abcès inférieurs pour 102 supérieurs. Sur 20 cas, Pervès et Oudard (Arch. de Méd. nav., col. 1913. p. 241 et 251) ont trouvé 19 abcès supérieurs. La fréquence de cette localisation à ce niveau nous explique la forte proportion des abcès amibiens du foie ouverts dans les bronches et la proportion non moins élevée de la vomique par rapport aux autres migrations hépatiques.

Fréquence de la vomique. — L'apparition de la radioscopie et le traitement chirurgical précoce ne semblent pas avoir diminué considérablement la fréquence de cette complication. Seul, l'emploi du chlorhydrate d'émétine, qui permet d'éteindre les foyers amibiens dès les premiers accidents, doit rendre rare la vomique.

Les observations colligées dans la littérature médicale française depuis 1847 montrent que la fréquence des abcès amibiens du foie, vidés par l'arbre bronchique signalée par les auteurs, n'est point trop exagérée.

Tableau indiquant la fréquence de la vomique dans les abcès amibiens du foie

AUTEURS	NOMBRE DES CAS	VOMIQUE	PROPORTION p. 100
Combay.....	21	5	23.8
Haspel.....	28	3	10.7
Rouis.....	203	32	15.8
Bertrand et Fontan	135	21	16.5
Le Corre.....	22	3	13.6
Gaide.....	66	14	21.2
Loison.....	42	3	7.1
Léger.....	27	1	3.7
Boinet.....	16	4	25
Renault.....	28	3	10.7
Sambuc.....	109	9	8.4
Pervès et Oudard.	20	3	15
Hartmann-Keppel	23	3	13.6
	740	104	14.05

Dans ce tableau ne figurent pas toutes les observations publiées, aussi le pourcentage de 14,05 0/0 établi est en réalité beaucoup plus faible qu'il ne doit être. Bertrand et Fontan exagèrent donc en écrivant dans leur remarquable traité : « Les observations d'abcès ouverts dans les bronches sont *si répandues* dans la science que nous ne citerons pas tous les auteurs qui en ont parlé ». Est-ce à dire que cette complication ne s'observe pas souvent comme l'affirment Descomps (*Soc. de chir. de Paris 1921)* et Miginiac (*Rev. de chir. 1922, p. 100)* qui écrit : « Nous avons eu quelques difficultés à trouver 49

observations d'obcès amibiens évacués par les bronches depuis 1896 ». Nous ne le pensons pas puisque dans la même période nous avons réunis plus de cent observations de ce genre.

Le contenu de l'abcès hépatique se fraie le plus souvent un chemin à travers les voies respiratoires. Tous les auteurs comme le prouvent les statistiques, sont d'accord là-dessus. Pour plus de clarté dans cet exposé, nous résumons les résultats des principaux auteurs dans le tableau suivant :

TABLEAU indiquant la fréquence des diverses migrations de l'abcès amibien du foie.

AUTEURS	Ouverture dans le péricarde	Ouverture dans le péritoine	Ouverture dans le tube digestif	Ouverture dans la veine cave	Ouverture dans le rein	Ouverture dans les voies biliaires	Ouverture à la peau	Ouverture sous phrénique	Ouverture dans le plèvre	Ouverture dans le poumon
Cambay	»	3	»	»	»	1	»	»	»	5
Haspel	»	2	»	»	»	»	»	»	4	3
Rouis	14	1	16	»	»	2	19	»	11	32
Bertrand et Fontan	»	3	10	»	»	»	1	»	3	21
Le Corre	»	1	1	»	»	»	»	»	»	3
Gaide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	14
Loison	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3
Léger	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Birnet	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4
Renault	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Sambric	1	2	4	»	1	»	1	»	4	9
Pervès et Oudard	»	1	1	»	1	»	»	3	»	3
Hartmann-Keppel	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3

Pathogénie

Pour bien comprendre le mécanisme de l'évolution et de la symptomatologie de l'abcès amibien du foie vidé dans les voies aériennes, il est indispensable d'avoir présents à l'esprit les rapports de la face convexe et de la face postérieure de la glande hépatique et la direction de la bronche souche droite.

Rapports du foie avec la paroi thoraco-abdominale et le diaphragme. — « La face supérieure ou convexe est en rapport direct avec le diaphragme et la paroi abdominale, indirectement avec le cœur et les poumons, la plèvre et la paroi costale.

Le foie est appliqué sur la face concave du diaphragme, sur sa partie charnue et sur les deux folioles droite et moyenne du centre phrénique. L'adaptation des deux surfaces courbes, toutes deux péritonéales est si parfaite que Luschka l'a comparée à une articulation du genoux.

Avec la paroi abdominale antérieure les rapports sont restreints à l'épigastre en suivant une ligne oblique, qui s'élève du cartillage de la huitième ou neuvième côte droite à celui de la septième gauche. Il y a d'assez notables variations.

Par le diaphragme, le foie est en rapport indirect avec le cœur, les poumons, la plèvre et les côtes.

Le cœur, par sa pointe et la partie voisine de sa face inférieure repose sur le lobe gauche.

Les rapports avec le poumon droit sont très étendus. Ceux du poumon gauche restreints à une surface minime. La base excavé du poumon droit coiffe le sommet du foie qui, sur les coupes transversales, se montre entouré d'une couronne de tissu pulmonaire.

La plèvre sépare le diaphragme du poumon. Elle dépasse le bord inférieur du poumon en formant le sinus costo-diaphragmatique. Il existe autour de la base du poumon un bas-fond pleural dont la hauteur de 7 à 8 centimètres sur la ligne axiliaire pendant l'expiration diminue plus ou moins dans la phase inspiratoire, mais n'est jamais nulle.

Le foie est en rapport avec les sept dernières côtes et leur cartilage qui forment la paroi de l'hypochondre droit. » (Charpy, traité d'anatomie, 1900).

La face postérieure dépourvue de péritoine au niveau du ligament coronaire est curviligne pour s'adapter avec la colonne vertébrale. Elle est en rapport avec les piliers du diaphragme, l'œsophage, les deux pneumo gastriques, l'aorte, la veine cave inférieure, la capsule surrénale.

Direction de la bronche souche droite. — Dirigée en bas, en arrière et en dehors, la bronche souche droite s'étend depuis la trachée jusqu'à la région de la base du poumon comprise entre la colonne vertébrale et le diaphragme. Elle présente une courbure en forme de C allongé à concavité interne (Nicolas, traité d'anatomie, 1903).

Mécanisme de l'évolution du pus vers les bronches. — Aussitôt, l'amibe dans le foie, il se produit une réaction inflammatoire plus ou moins intense, aboutissant à une péri-hépatite qui crée des adhérences entre la glande hépatique et les organes avoisinants en rapport avec la collection purulente. Les deux feuillets du péritoine enflammés s'accolent, le foie est ainsi intimement lié au diaphragme. D'autre part, des adhérences s'organisent entre la plèvre pariétale et viscérale irritée, réunissant la base du poumon hépatisé au diaphragme enflammé. Foie, diaphragme,

poumon forment un bloc que la dissection seule peut dissocier (Grall).

Deux processus président à la rupture de l'abcès hépatique dans les bronches.

1° L'abcès intrahépatique s'étend par nécrose et fonte purulente. Le pus détruit le parenchyme hépatique, les fibres musculaires du diaphragme, le tissu pulmonaire, rencontre une bronche, l'ulcère et s'épanche à l'extérieur sous forme de vomique (P. Manson. Maladies des pays chauds 1904). L'expectoration se fera d'autant plus aisément que le calibre de la bronche lésée sera plus considérable. Lorsque le pus venant du foie et particulièrement d'un abcès siégeant sur sa face postérieure fait irruption dans la bronche-souche droite il s'élimine en totalité d'emblée. Cette évolution est favorisée par la disposition de la bronche-souche droite dont le parcours borde la convexité hépatique. (Descomps. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1922, page 1414).

2° Cette extension par nécrose progressive n'est pas le seul mode de progression admis. L'accumulation progressive et croissante du pus dans la poche abcédée distend les parois de l'abcès. La collection purulente refoule devant elle les tissus qu'elle comprime. Elle les use par pression centrifuge et parvient ainsi par simple action mécanique à faire irruption dans l'arbre bronchique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, les adhérences peuvent ne pas ou incomplètement se constituer ; dans ce cas, l'abcès hépatique après avoir traversé le diaphragme, se déverse dans la cavité pleurale et se vide secondairement dans les bronches. Cette éventualité fréquemment observée disent Kelsch et Kiener (Traité des maladies des pays chauds, 1889), est plutôt rare ; dans les cas de décès suivis d'autopsie

nous l'avons notée dans une proportion de quinze pour cent. Si l'abcès siège près de la face postérieure du foie dépourvue de séreuse péritonéale, et s'applique directement contre le diaphragme, la cavité péritonéale n'est point intéressée. Enfin, une poche peut se creuser au niveau du poumon, et s'ouvrir ultérieurement dans les voies respiratoires.

Anatomie Pathologique

Dans ce chapitre, nous n'étudions que le contenu de l'abcès hépatique évacué spontanément par les bronches et les lésions du diaphragme, de la plèvre et des poumons. Quant à celles qui intéressent le foie, on les trouvera magistralement exposées dans l'ouvrage de Bertrand et Fontan et plus près de nous dans le traité des maladies des pays chauds de Grall et Clarac.

Caractères du pus hépatique évacué par les bronches

Couleur. — Le pus d'un abcès amibien du foie évacué par vomiques est généralement couleur chocolat, mais cette teinte est loin d'être constante et ne suffit pas pour affirmer sa provenance hépatique.

Le liquide puriforme peut être diversement coloré : chocolat, rougeâtre ou rouge rutilant, grisâtre, franchement jaune ou verdâtre.

Sambuc (Notes cliniques sur les abcès du foie au Tonkin, Ann. d'Hyg. et de Méd. col. 1913, p. 48) a observé :

Pus chocolat.....	16 cas.
Pus jaune, jaunâtre.....	23 cas.
Pus blanc, blanchâtre.....	8 cas.
Pus rougeâtre.	4 cas.
Pus grisâtre	3 cas.
Pus verdâtre.....	2 cas.

Ainsi, l'aspect chocolat du pus est beaucoup moins fréquent que ne le disent les auteurs classiques.

A quoi attribuer cette variabilité de la couleur du pus expectoré. Il semble que cette diversité résulte de

l'adjonction aux pus crémeux, louable de l'abcès amibien hépatique, soit de sang provenant de petites hémorragies qui donne au contenu de la poche abcédée une nuance rougeâtre, soit de bile qui donne au pus une teinte verdâtre. D'autre part, l'aspect du pus varie avec l'ancienneté plus ou moins grande de l'abcès. Du pus rougeâtre, indique habituellement un foyer de formation récente (Sambuc), du pus blanc une hépatite amibienne suppurée ancienne (Grall).

Mais, il ne nous semble pas exister de rapport constant entre la couleur du pus et l'âge de l'abcès. Certains abcès récents laissent échapper du pus blanchâtre, d'autres de formation ancienne du pus hémorragique. L'évolution torpide de l'affection ne nous permet pas, il est vrai, d'apprécier exactement l'âge de la collection purulente hépatique. La couleur du pus, si elle ne nous fournit pas d'indications sur l'âge de l'abcès, peut nous renseigner sur l'activité de l'amibe dysentérique. (Chauffard, Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 16 janv. 1914) considère l'état hémorragique du pus comme la signature de la présence d'amibes vivantes jouissant de leurs propriétés hystolitiques et hématophagiques. Ce caractère disparait et le pus prend un aspect quelconque dans les vieux abcès stériles à amibes mortes.

Consistance. — Le pus a une consistance variable. Tantôt c'est une masse visqueuse, consistante, qui « s'étale sur la gaze comme de la mélasse sur du pain » (Manson, Manuel de pathologie exotique 1904). On y trouve parfois des fragments assez considérables de tissus hépatiques et pulmonaires mortifiés. Tantôt les parties solides se précipitent (Grall) et l'on est surpris de voir des vomiques composées de liquides très fluides.

Odeur. — Le contenu des abcès amibiens du foie

vidés dans les voies aériennes est dans la majorité des cas inodore. La fétidité du pus sans infection secondaire a été observée par Caussade et Joltrain, (Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 15 Fév. 1907). Lorsque la collection purulente siège près de l'intestin, on a noté une odeur fécaloïde du pus (Grall).

Saveur. — L'expectoration purulente est fade, amère lorsque le pus est mélangé de bile, ou sucrée : Couteaud a insisté à la Société de Chirurgie de Paris (5 Juin 1912) sur le goût sucré que possèdent parfois les crachats.

Quantité. — La quantité de matières éliminées en 24 heures dépend du volume de la poche hépatique, du moment où on la considère et du calibre des bronches lésées. Toujours importante au début 150 à 500 cc. (250 cc. dans notre premier cas, 1 l. dans la troisième observation) et même 2 l. elle oscille les jours suivants entre 20 c c (2e cas) et 500 c c, mais peut s'élever à 1.200 c c et au-delà (Costa, Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 11 Avril 1913). Chez nos deux malades, nous avons observé que la quantité de pus expectoré a été plus abondante la nuit que le jour et, d'une manière générale, plus considérable dans la position couchée que dans la station debout. Le drainage de l'abcès du foie se fait, en effet, plus difficilement dans ce dernier cas.

Examen bactériologique. — A l'examen microscopique on trouve dans le pus expectoré des amibes toujours en petit nombre, le plus souvent de vitalité diminuée (Le Pape, Ann. d'Hyg. et de Méd., col. 1914, p. 547), des cellules hépatiques difficiles à mettre en évidence. Si l'infection secondaire de la poche ne s'est pas produite par l'intermédiaire des bronches, l'examen microscopique du pus ne révèle le plus sou-

vent la présence d'aucun microbe, le pus est amicrobien.

Cette propriété du pus de ne contenir aucun microbe, connue depuis bien longtemps, a été bien mise en lumière par la communication de Peyrot à la Société de Chirurgie de Paris en 1890 (Séance du 7 janvier). Plusieurs théories ont été émises pour l'expliquer. L'hypothèse qui a été le plus souvent admise, et que soutiennent encore quelques auteurs est celle de la stérilité secondaire tardive. Le vieillissement du pus fait disparaître les germes. Aujourd'hui, l'explication en est bien simple : le pus des abcès amibiens du foie non infectés est amicrobien parce que l'amibe détermine au niveau du foie la nécrose et la fonte purulente du parenchyme hépatique sans le secours d'aucun microbe (Costantini, cours magistral. Grall. Salanove-Ipin, Précis de path. trop., 1920. Senevet, cours magistral. Françon et Hutinel, Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement, 1923).

L'absence des microbes dans le contenu des abcès amibiens du foie ne constitue pas la règle comme le pensaient Leveran, Netter, Kartulis. « Les abcès stériles du foie sont fréquents, mais cette fréquence n'est que relative » (Peyrot).

Infection secondaire de l'abcès intrahépatique après son ouverture dans les bronches. — Parfois, sur la lésion initiale déterminée par l'amibe, se greffe une infection secondaire. L'amibe prépare le terrain sur lequel les bactéries pyogènes aérobies et anaérobies se multiplient (Bertrand et Fontan).

Parmi les microbes le plus souvent observés, on cite le staphylocoque et des aérobies divers et plus rarement le coli-bacille, le paracoli, le streptocoque et le pyocyanique. Le bacille de Koch a été fréquem-

ment rencontré (Bonnefoy et Maille, Bull. de la Soc. de Path. ex., 1914, p. 475).

Perforation diaphragmatique. — Le contact irritant du pus provoque la dégénérescence du diaphragme qui se perfore. La perforation diaphragmatique, plus ou moins étendue, n'est nullement en rapport avec le volume de l'abcès hépatique (Brossier). Tantôt, il existe de nombreux pertuis à peine visibles en pomme d'arrosoir (Valence) tantôt la perte de substance est de 3 c/m, 6 c/m (Obs. 47-114, Bertrand et Fontan, Loison, Obs.) et plus. Débergue signale des cas de destruction de toute la moitié du diaphragme et Rouis un cas où tout le diaphragme n'existait plus. (Obs. 30).

Les bords sont plus ou moins réguliers, lisses, épais, scléreux, pouvant former une espèce d'étranglement interposé entre une cavité hépatique et une cavité pulmonaire, ou bien se continuer dans le poumon par une sorte de cheminée. Ce goulot présente une certaine hauteur, suivant l'épaisseur des parties qui le constituent et qu'il traverse, c'est-à-dire la capsule de Glisson, le péritoine, le diaphragme et les plèvres.

La cheminée d'évacuation peut avoir un trajet direct ou indirect plus ou moins sinueux, un calibre uniforme ou irrégulier avec des renflements traversant des cavités de volume variable. Enfin, son origine peut être unique ou multiple. La même remarque est à faire du côté des bronches. C'est de cette disposition que dépendra la fistule définitive hépato-bronchique. Une grosse et directe cheminée permettant à l'abcès de se vider d'un seul coup par une abondante vomique, se cicatrice beaucoup plus vite que celle qui résulte de la disposition en double tête d'arrosoir accolé. Dans ce dernier cas, les altérations pulmonaires sont plus étendues, l'évacuation lente et a tendance à la chronicité (Valence).

Le poumon est soudé par sa base au diaphragme, tout d'abord congestionné, il est ensuite hépatisé en rouge ou en gris (Haspel). Ces altérations évoluent très rapidement et peuvent s'étendre à tout le poumon. Celui-ci devient alors le siège d'un abcès amibien présentant tous les caractères de la poche intra-hépatique. Les bronches sont vivement inflammées. La plèvre peut contenir du liquide, mais la lésion habituellement observée est la symphyse des deux feuillets pleuraux de la base du poumon et de la face convexe du diaphragme.

Symptomatologie

Nous faisons abstraction dans ce chapitre de tous les signes qui accompagnent le développement de l'abcès intrahépatique. Les signes et les symptômes qui marchent de concert avec la vomique hépatique seuls nous intéressent.

I. — Signes et symptômes locaux

La lésion du foie suivie de vomique détermine au niveau de la région hépatique des modifications de sensibilité, d'aspect et de tension.

Douleurs. — Le malade éprouve de la douleur au niveau du foie. Celle-ci plus ou moins intense, n'a aucun caractère particulier. Elle est parfois atroce, gêne la respiration et empêche tout sommeil (Obs. I). Elle est pongitive et lancinante (Haspel). D'autres fois son intensité est extrêmement faible et le malade ne s'en plaint pas (Obs. II).

Au moment de la production de la vomique, elle arrache des plaintes au malade, elle est alors nettement localisée. Elle se calme habituellement ensuite, mais peut persister avec la même acuité.

La douleur s'irradie le plus souvent vers l'épaule droite (scapulalgie) ou les deux épaules (douleur en bretelles), mais elle peut être ressentie près du rachis et dans la région lombaire comme dans notre seconde observation.

Voussure. — Le foie, augmenté de volume, distend l'hyppochondre droit. La cyrtomètrie permet de se rendre compte de l'exagération du périmètre droit. Les côtes sont redressées et deviennent horizontales. Les espaces intercostaux sont élargis (Bertrand et

Fontan). Aucun rapport n'existe entre le volume de la poche hépatique et la voussure. Nombreuses sont les observations où l'abcès était énorme et la voussure nulle (Micheleau. Gazette des Hôpitaux 1906, p. 135).

Matité Hépatique. — En pratique, la matité du foie ne doit pas dépasser, en bas, le rebord inférieur des cartilages costaux, en haut, le bord supérieur de la sixième côte (Rouis). Il faut, en outre, rechercher la matité de la région antérieure et la matité de la région postérieure qui donne une notion plus exacte du développement de l'organe hépatique (Grall).

Dans les abcès amibiens ouverts dans les bronches, la matité hépatique est plus étendue dans tous ces diamètres. Il faut signaler l'ascension quelquefois du bord inférieur au-dessus du rebord costal (Micheleau). Enfin, le foie peut ne pas paraître modifié (Sambuc, obs. 38).

Appareil Respiraloire. — L'extension de la collection hépatique du côté du thorax provoque des modifications de sonorité et fait naître des bruits anormaux au niveau de l'appareil respiratoire. La base du poumon droit est mate avec tantôt diminution, tantôt exagération des vibrations vocales. A l'auscultation, on perçoit un souffle, quelques râles humides et ronchus. Le murmure vésiculaire est diminué. Après la vomique, on note, quelquefois, des signes cavitaires. Lorsque la collection purulente hépatique se complique, ce qui est très fréquent, d'un abcès intrapulmonaire, on constate un souffle amphorique ou caverneux accompagné de gargouillement et de pectoriloquie. Outre ces modifications sthétoscopiques, on observe de la dyspnée, de la toux, enfin une expecto-

ration de plus en plus abondante qui aboutit à une vomique.

Dyspnée. — Le nombre des mouvements respiratoires est exagéré en raison de la gêne et de la douleur qu'éprouve le malade à développer sa cage thoracique. Pour immobiliser son foie douloureux, il diminue l'amplitude de sa respiration.

Toux. — La toux est d'abord sèche, quinteuse ; après la vomique, elle devient incessante et précède chaque expectoration.

Vomique. — Le malade émet de temps en temps quelques crachats muco-sanguinolents, dont la teinte varie du rouge brun au rouge vif, leur nombre augmente progressivement jusqu'à la production de la vomique.

La vomique peut être soudaine, inopinée, sans douleur aucune (Obs. II), ou, au contraire, être annoncée par certains prodromes et se produire avec une telle abondance que le malade suffoque et meurt asphyxié. (Caussade et Joltrain. Obs.) (1). La vomique est composée d'un liquide purulent de couleur et de consistance variables.

Expectoration. — La quantité de liquide expectoré est en rapport avec la grandeur de la perforation du diaphragme. Par de nombreux mais fins pertuis le pus transsude plus ou moins lentement, sous forme de crachats. Si au contraire, la perforatton diaphragmatique est de grande dimension le pus fait aisément irruption à l'extérieur. Même remarque pour le calibre plus ou moins considérable des bronches laisées. Chauffard (Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud 1902) a signalé l'influence du décubitus sur l'épanchement du liquide vers l'extérieur ; le malade

(1) Page 79.

tousse et crache à peine quand il est debout, lorsqu'il se couche la toux et l'expectoration se produisent aussitôt.

Ce signe a été rencontré chez notre premier malade. Le malade exhale parfois une odeur fétide. Le pus hépatique a un goût fade ou sucré ou amer. La présence du glucose doit être recherché sur du pus débarrassé de sang qui fausse les résultats, elle permet, d'après Couteaud, d'affirmer l'origine hépatique de la vomique. Carnot et Turquety (Paris médical 1917. p. 437) n'ont pu obtenir de réaction positive avec du pus hépatique débarrassé de toutes ses albumines.

L'évacuation est rarement totale (Obs. II et III) les vomiques se reproduisent avec plus ou moins grande abondance les jours suivants. Elles sont séparées parfois par de très longs intervalles.

Lorsque le lobe inférieur du poumon droit contient une collection purulente en communication au travers de la brèche diaphragmatique avec un abcès hépatique, l'expectoration conserve les mêmes caractères.

Tube Digestif. — Les symptômes observés sont les suivants : anorexie et embarras gastrique marqué. les vomissements peuvent s'observer. Quant aux symptômes intestinaux, ils sont constitués soit par des alternatives de diarrhée et de constipation, soit plus fréquemment par une dysenterie aigüe ou chronique comme chez nos quatre malades.

II. — Signes et Symptômes Généraux

Aspect général. — Le malade présente une teinte d'une pâleur spéciale, faciès couleur de patate (Fontan). Il maigrit progressivement, perd ses forces et se cachectise peu à peu.

Fièvre. – Plus encore que les autres symptômes, la

fièvre est variable dans sa modalité et dans son intensité. Cette variabilité est un des traits distinctifs (Crall). La fièvre manque fréquemment (Corre), mais ce n'est pas une règle absolue. Nous l'avons relevée dans de nombreuses observations.

Cette analyse succincte des signes et des symptômes de l'ouverture de l'abcès dans les bronches, démontre l'infinie variété des formes cliniques. Néanmoins, à l'aide de ces données, nous allons essayer d'esquisser un tableau synthétique et clinique de cette complication de l'abcès du foie. Il s'agit le plus souvent de malades amaigris, atteints de dysenterie chronique avec fièvre à caractère variable.

Lorsque l'abcès intrahépatique tend à se faire jour à travers les bronches, quelques crachats sanguinolents apparaissent, ils sont bientôt suivis d'une expectoration hémoptoïque. A ce moment, il existe un point de côté assez nettement localisé. L'auscultation permet de percevoir un souffle et quelques râles humides, avec diminution du murmure vésiculaire.

La communication du foyer hépatique avec une bronche se traduit par l'exagération des souffrances et de la dyspnée, par la production de fièvre accompagnée de sueurs profuses, enfin par l'irruption du liquide purulent. A la suite de cette vomique, le patient éprouve, mais pas toujours, un soulagement.

Les signes pulmonaires sont ceux d'une bronchopneumonie. Les jours suivants, le malade continue à tousser et à remplir son crachoir plusieurs fois par jour. Cette situation peut durer peu de temps ou persister des semaines, des mois, quelquefois plusieurs années, avec des répits qui sont parfois d'assez grande durée jusqu'à une intervention heureuse ou un dénouement fatal.

Diagnostic

Nous avons donné à propos de la symptomatologie, les principaux signes cliniques qui peuvent permettre de reconnaître une amibiase hépatique suppurée compliquée de rupture dans les voies aériennes. D'autres examens aident souvent le diagnostic clinique.

Examen radiologique. — L'examen radiologique fixe non seulement le diagnostic et fournit dans certains cas d'intéressants renseignements sur le siège, le volume et la forme de la tumeur (Heymann, Bull. de la Soc. méd. chir. de l'Indo-Chine, 1913) mais révèle l'existence d'une fistule hépato-bronchique : la base du poumon est parcourue par une trainée opaque faisant suite à l'ombre hépatique et se dirigeant de bas en haut et de dehors en dedans, opacité résultant de la condensation des tissus autour d'une cheminée d'évacuation hépato-bronchique (Loison, Rev. de chir., 1906, p. 228,536,832). Il montre l'ascension de la moitié droite du diaphragme, son immobilisation pendant les mouvements respiratoires, la disparition du sinus costo-diaphragmatique en cas d'adhérences. Enfin, il permet de distinguer les abcès sous-diaphragmatiques des collections siégeant à la base du poumon. Chez nos deux malades, la constatation de la cheminée d'évacuation n'a pu être faite. Nous devons donc tenir le plus large compte des rayons X dans l'établissement du diagnostic, étape indispensable d'une thérapeutique rationnelle.

EXAMEN DU SANG

Hyperleucocytose et Polynucléose. — Dans tous les cas où l'examen hématologique a été fait, on a

observé de l'hyperleucocytose avec augmentation de la proportion des polynucléaires. Cette augmentation des globules blancs et cette polynucléose sont cependant très variables comme degrés et ne sont pas la règle. Chauffard (Ac. de médecine, 25 février 1915) a noté 49.000 globules blancs par millimètre cube et 77 p. cent de polynucléaires ; M. le professeur Ardin-Delteil (obs. III), 20.000 globules blancs et 78 p. cent de polynucléaires. Chez les malades des observations I et II nous avons trouvé 9.000 globules blancs avec 76 p. cent de polynucléaires, et 10.500 globules blancs avec 64 p. cent de polynucléaires. La polynucléose, comme dans ce dernier cas, peut ne pas exister. Elle n'implique pas alors l'absence de suppuration hépatique d'origine amibienne.

Eosinophilie. — Au sujet de l'eosinophilie, les résultats sont contradictoires. Pour Chauffard, l'eosinophilie est un élément important de diagnose d'amibiase hépatique. Tout autre est la conception de Mathis et Léger et Jouveau Dubreuil (Recherches de parasitologie et de pathologie humaine et animale au Tonkin, 1911 ; Bull. de la soc. médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, 1911, p. 28), qui notent dans les suppurations hépatiques la diminution considérable ou la disparition des eosinophiles. Dans notre première observation un seul eosinophile a été enregistré, aucun dans la seconde observation.

Réaction iodophile des leucocytes. — Dans sa thèse, inspirée par notre maître, M. le professeur agrégé Aubry, Roffo (thèse d'Alger, 1923) a démontré que la présence de leucocytes iodophiles dans le sang de malades porteurs d'abcès amibiens du foie (en l'absence de diabète, de pneumonie ou de septicémie) est presque constante et qu'elle persiste, même avec

un pus rendu stérile par l'émétine, tant que la collection purulente n'est pas complètement évacuée.

La recherche de la réaction iodophile des leucocytes est donc d'une grande utilité. Elle permet, le plus souvent, de poser le diagnostic d'hépatite amibienne suppurée et donne des indications pour le traitement.

EXAMEN DES SELLES

Pour rechercher l'amibe pathogène, il faut toujours commencer par faire un examen à l'état frais. Si, par cette méthode, on ne réussit pas à la déceler, on utilisera les procédés de coloration après fixation (Mathis, L'agent pathogène de l'amibiase humaine. Traité de pathologie exotique, Grall et Clarac). Cette investigation peut être négative.

Effectuée à plusieurs reprises dans notre première observation, elle ne révéla la présence d'aucune amibe, d'aucun kyste. De même dans le cas de M. le professeur Ardin-Delteil.

Examen du pus expectoré

La recherche d'amibes et de cellules hépatiques dans le pus expectoré est le plus souvent laborieuse. Les amibes sont toujours en petit nombre dans les abcès récents et inexistants dans les cas d'anciennes collections.

Les cellules hépatiques sont difficiles à distinguer. Chez les deux malades de nos observations, l'examen microscopique du pus expectoré a été négatif. Malgré ses défauts, cette méthode de recherches est précieuse. Positive, elle permet d'affirmer l'origine hépatique du pus.

Ponction exploratrice. — Bertrand et Fontan conseillent la ponction exploratrice du foie dès qu'il y a

soupçon d'hépatite amibienne suppurée. Pour d'autres auteurs (Quénu et Pauchet), la ponction exploratrice est une manœuvre aveugle qui risque d'être dangereuse.

A notre sens, elle constitue un procédé d'investigation insuffisant, décevant et trompeur. Sambuc, dans un cas (Obs. 90)(1) a pratiqué 18 ponctions sans trouver le pus. Impressionnés, cependant, par le grand nombre de ponctions exploratrices faites sans danger par les médecins coloniaux qui exercent depuis longtemps dans les pays où l'abcès amibien du foie est très fréquent, nous ne repoussons pas absolument la ponction exploratrice. Elle peut être tentée lorsque le diagnostic est hésitant. Nous la croyons nécessaire lorsque le diagnostic est posé, le siège de l'abcès situé. Dans ces conditions, elle devient très utile, elle seule peut, en effet, nous renseigner sur la virulence du pus et nous indiquer, de ce fait, la méthode thérapeutique à adopter.

Traitement d'épreuve. — Dès suspicion d'amibiase hépatique suppurée compliquée de vomiques, on doit recourir aux injections de chlorhydrate d'émétine qui permet non seulement de confirmer un diagnostic soupçonné, mais de porter un diagnostic rétrospectif. Sous son influence, tous les phénomènes morbides dûs à l'amibe dysentérique s'amendent. Dans tous les cas où son action ne se fait pas immédiatement sentir, on a affaire soit à une poche abcédée infectée, soit à des amibes enkystées, soit à une autre affection.

Diagnostic différentiel. — « Les traités classiques et les thèses ont vite fait de dresser le tableau symptomatologique de la suppuration du foie, mais entre ce tableau classique au premier abord si clair et celui que la pratique nous montre trop souvent, il y a place

(1) Page 107.

pour bien des erreurs », écrit Clarac dans un article paru en 1892 (Arch. de Méd. nav. et col.). Rien n'est plus conforme à la réalité que cette opinion. Il existe des cas évidents où l'abcès du foie vidé dans les bronches est assez net, où l'écoulement par la bouche du pus caractéristique laisse rarement de doute sur sa provenance hépatique.

En dehors de ces conditions, le diagnostic n'est pas aisé avec les affections hépatiques et surtout avec celles des plèvres et des poumons. Les difficultés sont plus accrues lorsque ces dernières sont d'origine amibienne. La douleur, la dyspnée, la toux, l'expectoration, sont autant de causes d'erreur et celle-ci est d'autant plus facile que l'ouverture d'une collection purulente hépatique dans l'arbre bronchique détermine l'apparition de signes et de symptômes pleuro-pulmonaires : congestion, condensation pulmonaire, épanchements plus ou moins considérables de la plèvre.

Tuberculose. — La confusion avec la tuberculose n'est pas rare. Les malades de Dumas (1), de Chauffard (2), de Flandin et de Costa (3), pour ne citer que les observations les plus récentes, ont été considérés et traités comme tuberculeux. Il est, en effet, difficile de distinguer un tuberculeux à cavernes peu nettes d'un malade atteint d'hépatite suppurée avec vomique, qui présente des sueurs nocturnes, de la fièvre vespérale et de l'hémoptysie.

La bacilloscopie et la radiographie sont d'une grande utilité et permettent de différencier ces deux affections.

Pleurésie purulente. — La pleurésie purulente sur-

(1) Obs. p. 108.
(2) Obs. p. 112.
(3) Obs. p. 113.

tout enkystée, avec vomique, a de nombreux traits communs avec la vomique hépatique.

La distinction entre ces deux maladies peut cependant être établie. La pleurésie à pneumocoque est de toutes les pleurésies purulentes celle qui se termine le plus fréquemment par la vomique. Or, il est rare que l'infection pneumococcique de la séreuse pleurale soit primitive. Elle est toujours précédée d'accidents pulmonaires, que le malade interrogé révèle. D'autre part, l'examen bactériologique du pus vomi permet de déceler la présence de pneumocoques et non d'amibes. Ne pas oublier, cependant, que le pus peut provenir d'une inoculation amibienne de la plèvre et, dans ce cas, l'examen radioscopique, seul, en montrant l'intégrité du foie, tranche le diagnostic.

Pneumonie. — La pneumonie peut simuler l'abcès du foie suivi de rupture bronchique. Mais, dans la pneumonie, les crachats sont rouillés et contiennent du pneumocoque, tandis que l'expectoration dans l'hépatite suppurée est de couleur lie de vin ou chocolat et renferme des cellules hépatiques. A l'auscultation, on entend dans la pneumonie des râles crépitants et un souffle bronchique ; dans l'abcès amibien ouvert dans les bronches, de gros râles sous-crépitants et un souffle caverneux. La pneumonie peut-être, il est vrai, déterminée par l'amibe dysentérique, ces cas constituent cependant l'exception.

Kyste hydatique suppuré suivi de vomique. — Lorsque le foie est le siège d'un kyste hydatique suppuré, le diagnostic devient impossible, car on se trouve en présence de la même symptomatologie et de la même évolution clinique. L'éosinophilie constatée, la réaction positive de Weinberg, la présence de crochets, de membranes dans le pus expectoré, permettent quelquefois d'identifier le kyste hydatique suppuré

suivi de vomique. L'impossibilité devient absolue lorsqu'une collection purulente se développant entre le foie et le diaphragme se complique de vomiques (Bonnaud, Th. de Lyon, 1881).

Paludisme. — Enfin, l'abcès amibien du foie ouvert dans les bronches peut être confondu avec le paludisme (Sambuc, Obs. 90)(1). L'expectoration peut, en effet, être minime et la fièvre irrégulière avec de grandes oscillations ; dans ce cas, l'examen du sang en révélant l'existence d'hématozoaires permet d'éliminer l'amibiase hépatique suppurée. Ainsi, dans tous les cas, tout concourt à dérouter un esprit peu averti et le diagnostic ne peut être fait d'une manière tranchée.

---

(1) Page 107.

Pronostic

Le pronostic de la migration hépato-bronchique a été diversement apprécié par les auteurs. Pour les uns, l'évacuation de l'abcès hépatique par les voies aériennes est une complication souhaitable, elle est redoutable pour d'autres. Entre ces deux opinions extrêmes, nombreux sont les éclectiques qui ne peuvent formuler à ce sujet de préceptes absolus.

D'aprés la statistique de Rouis, 46 p. cent seulement des abcès du foie vidés par les bronches guérissent, et la guérison, quand elle se produit, ne paraît définitive qu'après 55 jours en moyenne.

Saint-Vel, rapportant deux observations, écrit à leur sujet : « La guérison est rarement prompte et définitive après la rupture de l'abcès ; elle est entravée par la reproduction de la suppuration ; la convalescence est lente d'ordinaire et le rétablissement n'est définitif dans certains cas qu'au bout de deux ou trois ans. Ce sont là des chances heureuses » (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 9 janvier 1880, p. 20).

Pour Brossier (abcès du foie expectorés. Thèse de Paris, 1888), le pronostic est grave malgré ses cinq cas suivis de guérison.

En 1892, Clarac (Arch. de méd. nav. et col., p. 321) se montre aussi pessimiste et insiste sur l'extrême gravité de la vomique.

Pour Bertrand et Fontan (1896), l'ouverture par les bronches est un accident fâcheux, mais la guérison est possible. Sur les vingt-et-une observations relevées, nous avons noté sept guérisons.

Josserand (Lyon médical, 1897, p. 421) et Berger (Ac. de méd. 13 juillet, 1897) signalent le danger de

l'irruption du pus dans l'arbre bronchique qui, non seulement n'améliore pas le malade, mais détermine parfois la fièvre et assombrit le pronostic.

Fontan, en 1900 (Rev. de gyn. et de chir. abdominale) fait remarquer l'exception de la guérison et l'issue toujours fatale de la vomique. Les malades, qui conservent longtemps une fistule hépato-bronchique, meurent de cachéxie dans un temps plus ou moins éloigné.

Enfin, récemment, Descomps à la Société de Chirurgie de Paris (Bull. et mém. 1921, p. 1414) et Miginiac dans un excellent article (Rev. de Chir. 1922, p. 100) attirent l'attention sur le sombre pronostic de l'évacuation spontanée du pus des abcès amibiens du foie par les bronches qui se compliquent d'infection secondaire de la poche abcédée et du poumon, de gangrène, de fièvre, d'hémoptysie, parfois de tuberculose. Pour eux, la mortalité est de 30 p. cent, chiffre élevé, la vomique étant suivi de mort dans un cas sur trois.

Mais, pour d'autres auteurs, la vomique est le mode de terminaison le plus favorable des abcès amibiens du foie livrés à eux-mêmes, avec guérison presque certaine lorsque le volume de l'abcès est restreint et sa cheminée d'évacuation bien limitée (Long, Des diverses méthodes de traitement chirurgical des abcès du foie. Thèse de Montpellier, 1884).

Debergue (Migrations des abcès du foie dans la forme chronique de l'hépatite suppurée des pays chauds. Thèse de Montpellier, 1889) admet ce processus spontané de guérison, tout en reconnaissant, cependant, que les chances de guérison soient moins nombreuses que dans l'évacuation intestinale.

En 1898, Hussenet (Arch. de méd. et de pharm. mil., 1898, p. 53) publie une observation d'abcès du foie guéri à la suite d'une vomique et considère l'éva-

cuation spontanée par les bronches non compliquée d'écoulement de bile, comme la plus favorable des terminaisons.

L'ouverture dans les bronches assure Bénès (Abcès du foie à évolution latente et apyrétique, thèse de Montpellier, 1901) quoique éminemment grave expose à moins de dangers et procure plus de guérisons que la rupture dans la plèvre presque toujours fatale.

Pour Valence (Rev. de Chir. 1909, p. 897) le pronostic est lié à la présence de bile dans l'expectoration purulente. Il est funeste si elle est abondante et durable.

Dans ses notes cliniques sur les abcès du foie au Tonkin (Ann. d'hyg. et de méd. col. 1913, p. 48), Sambuc sur neuf abcès évacués par vomique observe six guérisons et trois morts, soit 66 p. cent de guérisons et ajoute que la vomique se termine le plus souvent par la guérison.

Lorcin (Rev. de méd. et d'hyg. trop. 1914, p. 15) relate la guérison d'un abcès amibien du foie par le chlorhydrate d'émétine et écrit « les abcès amibiens du foie avec vomique se guérissent spontanément plus souvent qu'il n'est dit. J'ai pu observer en quatre ans, dix cas de ce genre s'étant terminés heureusement sans intervention ».

D'après Grall (Traité de pathologie exotique 1920) « cette migration hépato-bronchique, quoiqu'on ait dit, est d'un pronostic assez favorable, on trouve la preuve dans les faits suivants : sur trente quatre cas cités par Gaide il y a eu vingt guérisons et quatorze décès. Rogers a enregistré six décès sur treize cas ».

A quoi attribuer ces divergences d'opinion ?

A notre sens, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles ces observations ont été prises.

L'état du malade, les complications, le volume de la poche abcédée, le calibre de la communication

abdominothoracique transdiaphragmatique et des bronches lésées, et le nombre de vomiques doivent être tenus en considération.

Quand le malade n'est pas trop débilité par l'hépatite suppurée ou par toute autre affection, particulièrement la tuberculose, la situation est bonne. Toute infection secondaire de l'abcès intrahépatique, toute complication du côté de la plèvre et des poumons : pleurésie (Sambuc, 3e congrès biennal de l'ass. de méd. trop. d'Extrême-Orient. Saïgon. 8 nov. 1913), désorganisation du tissus pulmonaire (Clarac), pneumonie (Corre. Maladies des pays chauds 1887), et quelquefois du côté du cerveau (Jacob. Soc. de chir. de Paris, 25 janv. 1911). (Hornus. Paris méd. 21 fév. 1920), assombrissent le plus souvent le pronostic. De même, une fistule indirecte, longue, sinueuse, de petit diamètre ; des bronches oblitérées en partie ou de petit calibre, en empêchant le libre passage du pus multiplient le nombre des vomiques, rendent la cicatrisation impossible et entrainent constamment la mort.

Enfin, une poche hépatique considérable avec cholérragie abondante et durable est d'un fâcheux augure.

C'est donc une question d'espèces et il nous faut distinguer les cas favorables et les cas défavorables.

Les cas défavorables sont constitués par les malades à volumineux abcès unique ou multiple avec une cheminée d'évacuation mal limitée, présentant d'intenses réactions objectives et subjectives. Les patients meurent après avoir trainé une vie misérable.

Dans les cas favorables, la vomique est souvent unique, l'évacuation bronchique se fait librement, l'état général reste assez satisfaisant et la fièvre est absente.

A notre avis, les cas défavorables constituent la majorité des observations et nos recherches confir-

ment l'opinion de Bertrand et Fontan que l'évacuation spontanée du pus par les bronches est fréquemment fatale. Sur soixante-trois observations d'abcès amibiens du foie avec migration thoracique suivie de l'irruption du pus dans l'arbre bronchique non traités, nous relevons trente-cinq guérisons et vingt-huit décès, soit une mortalité de 44 p. cent.

Le traitement diminue-t-il la mortalité des abcès amibiens du foie terminés par vomique ? Sur 86 cas traités nous notons 65 guérisons et 21 morts, soit une mortalité de 24 p. cent. Cette statistique démontre l'utilité du traitement puisque la mortalité s'abaisse de 44 p. cent à 24 p. cent.

Enfin, sur les 149 observations réunies, il s'est produit 47 décès, soit 32 p. cent.

Il résulte de ces faits cliniques, que la vomique est loin d'indiquer toujours une issue heureuse. Grâce au traitement, la proportion des guérisons qui atteignait 56 p. cent est aujourd'hui de 75 p. cent. Avec la généralisation du chlorhydrate d'émétine, le pronostic s'améliora.

Tableau indiquant le pronostic des abcès amibiens du foie ouvert dans les bronches non traités et traités :

DÉSIGNATION des cas	Nombre des cas	Décès	GUÉRISONS	POURCENTAGE	
				DÉCÈS	GUÉRISONS
Abcès collectivement envisagés.....	149	49	100	32 p. 100	68 p. 100
Cas non traités.	63	28	35	44 p. 100	56 p. 100
Cas traités.....	86	21	65	24 p. 100	76 p. 100

Traitement

Nous avons démontré dans les précédents chapitres l'absolue nécessité de l'institution d'un traitement. La guérison spontanée malgré les cas indubitables publiés est exceptionnelle. Que sont devenus tous les malades prétendus guéris ? Nul ne le sait, ils n'ont pas été suivis. Nous n'ignorons pas, d'autre part, que l'amibe dysentérique peut rester longtemps à l'état latent, dans l'organisme, et provoquer la mort sept ou huit ans après les premiers accidents. Cette guérison est douteuse, l'agent pathogène n'ayant pas été sûrement détruit. L'expectation ne saurait donc être conseillée.

A. — Traitement Médical

Vedder établit en 1907, par de nombreuses expériences, l'action amœbicide de l'émétine. En 1912, Rogers essaye celle-ci chez des porteurs d'abcès amibiens du foie et obtient des succès. Instruit de ces faits, Chauffard, en 1913, applique le premier ce procédé en France et il guérit un abcès hépatique d'origine amibienne, compliqué de vomiques. Sa retentissante communication à l'Académie de Médecine (25 Février 1913) provoque la publication de nombreuses observations de ce genre. Dopter, Tuffier, Lorain, Le Pape, confirment ces beaux résultats.

En 1916, Ravaut (Syphilis, paludisme, amibiase, 1922) constate par des recherches systématiques le pouvoir amœbicide du novarsenobenzol et conseille de l'associer à l'émétine : 10 injections intra-veineuses de novarsenobenzol aux doses de 0 gr. 30 à 4 jours d'intervalle ; après les injonctions 1, 2, 3, injonctions, chacun des jours intermédiaires, d'émétine aux doses

de 4, 6, 8 centigrammes ; après les injections 4, 5, 6, suspension d'émétine et reprise de celle-ci aux doses précédentes après les injections 7, 8, 9.

Cette méthode, appliquée aux malades de notre seconde observation, a pleinement réussi. Nous nous empressons, toutefois, d'ajouter que dans tous les cas où cette combinaison n'a pas eu lieu, la guérison s'est parfaitement produite sous l'influence du chlorhydrate d'émétine seul.

Le chlorhydrate d'émétine a été et est injecté à des doses variables. Rogers préconise la voie sous-cutanée et les petites doses, 2 à 5 centigrammes, plus ou moins prolongées. Chauffard et les médecins militaires adoptent les doses plus élevées 8 à 12 centigrammes en injections hypodermiques et répétées pendant 2 ou 4 jours consécutifs. A notre sens, il faut manier prudemment ce médicament en particulier chez les gens dont les fonctions rénales ont une valeur au-dessous de la normale et ne point dépasser, comme le recommande Ravaut, la quantité totale d'un gramme par mois, la toxicité accumulative est démontrée par de fréquents cas cités (Lagane, Presse médicale 20 Juin 1914, n° 49). — Ardin-Delteil, Azoulay et Salles (Soc. méd. Hôp. de Paris, Mai 1923). Sous son influence, le pus perd sa teinte chocolat pour prendre l'aspect d'une suppuration banale. Il devient moins abondant et se tarit complètement au bout de quelques jours.

Le chlorhydrate d'émétine, inoffensif en injections sous la peau, offre de nombreux avantages : la méthode est simple, le malade n'est point exposé au shock opératoire et ne risque pas de conserver une fistule produite par le drainage de la collection intrahépatique ; enfin, cet alcaloïde permet d'atteindre l'amibe dysentérique, cause de la maladie. Est-ce à dire que ce médicament spécifique guérit l'abcès amibien hépatique ouvert dans les voies respiratoires à coup sûr ?

Dopter a démontré, dès 1914, que l'émétine est inefficace sur le pus non amicrobien et sur la forme enkystée de l'amibe qui peut donner naissance à de nouvelles générations de parasites capables de provoquer à nouveau des lésions.

Lorsque l'abcès est volumineux et se vide mal, l'émétine peut-elle assurer la résorption du pus collectée ? Nous ne le pensons pas, car elle s'attaque seulement à l'agent pathogène. C'est l'organisme malade qui fait les frais de cette résorption.

Il est donc illogique de vouloir guérir toutes les collections purulentes du foie d'origine amibienne par le chlorhydrate d'émétine, comme le préconisent certains auteurs.

Chauffard, qui a vulgarisé ce procédé, écrit dans les Bulletins et les Mémoires de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 17 juillet 1919 : « Cette heureuse solution n'est pas généralisable, elle ne saurait être espérée pour les grands abcès dysentériques ». Cette méthode est donc à conseiller et donne d'excellents résultats dans les cas d'abcès de petit volume, évacués par une seule vomique, se drainant parfaitement, avec peu de phénomènes inflammatoires et fébriles et un état général assez satisfaisant. Elle constitue, enfin, l'unique ressource dont dispose le médecin, lorsque le foie est siège d'abcès multiples, lorsqu'il existe des poussées aiguës de dysenterie grave ou des affections pulmonaires concomitantes.

B. — **Traitement chirurgical**

Indications. — L'inefficacité du chlorhydrate d'émétine sur l'amibe enkystée, sur le pus infecté ou ne renfermant plus d'amibe, le volume exagéré de l'abcès ou sa lenteur à se résorber, le mauvais drainage de la poche hépatique abcédée, l'état précaire du malade et la persistance de la fièvre, constituent autant d'in-

dications de l'évacuation immédiate de l'abcès amibien du foie ouvert dans les bronches.

Technique opératoire. — Ponctions. — Les auteurs Anglais avec Rogers préconisent l'évacuation de l'abcès amibien du foie au moyen de ponctions aspiratrices. Cette méthode a ses partisans et ses détracteurs. Adoptée par de nombreux praticiens en France à cause de sa simplicité et de sa prétendue inocuité, l'infection secondaire et la fistulisation étant évitées, nous estimons qu'elle doit être seulement employée au moment où le foie est à nu et sous le contrôle de la vue, ou exceptionnellement lorsqu'on ne dispose pas d'un matériel approprié. C'est un procédé infidèle. On risque fort de ne pas trouver le pus et de laisser le malade avec sa collection. Nombreuses sont les observations où l'on s'est livré à un nombre considérable de ponctions avant de découvrir l'abcès. La ponction est peu douloureuse certes, mais, très souvent répétée, elle est très désagréable, nous croyons que, dans ce cas, les malades consultés eussent préférés l'opération rapide et sûre.

D'autre part, c'est une opération aveugle, avant d'intervenir est-on jamais certain de rencontrer des adhérences ? Aucun moyen clinique ne permet de faire cette capitale constatation. Si les plèvres, le diaphragme et le foie ne forment pas bloc, au moment de son retrait, le trocart laisse au niveau du foie un orifice par lequel le pus peut se répandre dans le péritoine et provoquer suivant sa virulence soit une péritonite, soit des adhérences péritonéales. Pour vider la poche hépatique, il faut procéder à plusieurs opérations. Dans ces conditions, peut-on être sûr de retrouver aujourd'hui la collection ponctionnée la veille ? Le trocart peut, en outre, provoquer de graves lésions au niveau du foie hypertrophié et déformé, il

est susceptible de blesser un organe important du hile et déterminer une hémorragie mortelle. Loison (Rev. de Chir., 1906, p. 228) et Low (Arch. de Méd., mars 1907, p. 404) ont publié des cas de mort consécutive aux ponctions. Enfin, ce procédé ne permet pas de vider complètement l'abcès de la glande hépatique et de nettoyer ses parois, temps précieux sur lequel insistent Bertrand et Fontan.

Ouverture large de l'abcès. — A ce moyen précaire d'évacuer l'abcès du foie, nous préférons l'ouverture large de la collection purulente, qui permet de se rendre compte des lésions provoquées par l'amibe dysentérique, de parer à tous les accidents qui peuvent survenir, de nettoyer la poche abcédée.

Procédé de Shanghaï. — Les médecins anglais de Shanghaï et particulièrement Stromeyer-Little ont, les premiers en 1879, érigé en méthode l'ouverture rapide de l'abcès du foie en guidant le bistouri sur l'aiguille exploratrice (Rochard, Arch. de Méd., 26 oct. 1880).

Ce procédé, abandonné aujourd'hui, présente l'inconvénient d'exposer à la production d'un pneumothorax, d'une inondation péritonéale par le pus, en cas d'absence d'adhérences et à la blessure d'organes importants.

Ouverture méthodique en un temps. — Pour toutes ces raisons, on lui préfère l'ouverture méthodique en un temps. Suivant les variétés topographiques des migrations de l'abcès, on aborde le foie par la voie thoracique ou par la voie abdominale. L'intervention par la voie thoracique est la plus fréquente en raison de la prédilection des abcès amibiens du foie ouverts dans l'arbre bronchique pour la face convexe et postérieure du lobe droit de l'organe. C'est celle que nous étudierons ici.

On pratique l'incision plan par plan de la paroi thoracique et de l'abcès en ayant soin de réséquer une ou deux côtes pour avoir plus de jour. Lorsque le poumon, le diaphrame et le foie ne sont pas accolés, on évite la pénétration de l'air dans la cavité pleurale en suturant les deux feuillets pleuraux (Bertrand et Fontan) et on prévient l'inondation de la séreuse péritonéale par le pus soit en appliquant manuellement le foie contre la paroi costale (Loison), soit en le suturant à elle. Après l'ouverture de l'abcès, Bertrand et Fontan préconisent le curettage de ses parois et insistent sur le drainage de la cavité hépatique.

Cette voie transpleurale avec résection costale est adoptée avec de légères variations par tous les chirurgiens. Quant au curettage des parois de l'abcès, la majorité des auteurs lui préfèrent, et à juste titre, le nettoyage à l'aide de compresses montées sur des pinces.

Le drainage est conseillé par tous les auteurs classiques. Notre maître M. le Professeur agrégé Costantini (observation I), après ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale et nettoyage à la compresse des parois de l'abcès, a refermé complètement la plaie opératoire. Son malade a guéri en 10 jours.

La suture per primam a été réalisée après examen négatif au microscope du pus hépatique.

A signaler les tentatives de réunion par première intention de Cotte et Murard (Dumont, Contribution à l'étude des abcès amibiens du foie, thèse Lyon 1921) et de Combier et Murard (Presse médicale, 28 avril 1923 p. 287) qui établissent, après avoir refermé la poche de l'abcès, un drainage filiforme. Cette précaution est inutile, le pus étant reconnu microscopiquement amicrobien.

Cette méthode doit-elle être étendue au traitement de tous les abcès amibiens du foie avec rupture bron-

chique ? Assurément non. Plusieurs cas sont à distinguer :

1° — Si l'examen microscopique du pus retiré par ponction avant ou au cours de l'intervention ne révèle la présence d'aucun microbe, il faut pratiquer la réunion per primam ;

2° — Si le microscope montre quelques staphyloques et quelques colibacilles, on referme la poche hépatique abcédée et on injecte du vaccin anti-staphylococcique après l'opération. On peut placer un petit drain de sûreté dans ce cas ;

3° — Si le pus renferme beaucoup de microbes, l'infection considérable, on doit instituer un drainage suffisant.

Traitement mixte. — En évacuant l'abcès, on débarrasse l'organisme de la cause de son intoxication, de la gêne de la respiration, mais on n'atteint pas l'agent pathogène de l'amibiase hépatique suppurée avec vomiques. L'institution d'un traitement émétinien est nécessaire après l'intervention chirurgicale, elle complète l'action du bistouri (Obs. Flandin et Dumas). Mais cette cure émétinienne doit être comme dans la syphilis prolongée si on ne veut pas assister (malade de la deuxième observation) à des rechutes. Chauffard et Ravaut insistent sur ce point et ils recommandent des cures d'entretien.

La combinaison de l'intervention chirurgicale qui supprime la collection purulente et du chlorhydrate d'émétine qui détruit l'agent pathogène a considérablement amélioré comme le montre le tableau suivant, le pronostic des abcès amibiens du foie ouverts dans les bronches.

Résultats :

DÉSIGNATION des cas	Nombre des cas	Décès	GUÉRISON	POURCENTAGE des GUÉRISONS
Intervention chir. seule.	58	17	41	70 p. 100
Emétine seule....	19	4	15	77 p. 100
Ponction et émétine...	2		2	100 p. 100
Intervention chirurg. et émétine.....	7		7	100 p. 100

OBSERVATIONS

PAS D'INTERVENTION. — GUÉRISON

Obs. I. — Bertrand et Fontan (Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds. Grands abcès du foie. Obs. XLVIII).

G..., 24 ans, maréchal des logis d'artillerie, entré le 9 mai à l'hôpital d'Hanoï pour une vive douleur ressentie dans la région hépatique. Deux jours après, il commença brusquement à cracher du pus couleur chocolat. Depuis, crachement de pus hépatique.

20 août 1887 (Saint-Mandrier). Foie augmenté de volume. L'auscultation révèle de gros râles bronchiques humides.

Les crachats contiennent du pus blanc mélangé quelquefois d'un peu de sang. Toux très fatigante surtout la nuit. L'état des forces est satisfaisant. L'homme sort jouir d'un congé de convalescence.

Obs. II. — Bertrand et Fontan, (obs. XLIX).

M..., 23 ans, soldat d'infanterie de marine, renvoyé du Tonkin pour une dysenterie aigüe, accompagnée d'accès de fièvre, entre à l'hôpital le 1er février 1885. Il se plaint de douleurs à la région hépatique et à l'épaule droite depuis une quinzaine de jours.

L'hypochondre droit présente une tuméfaction, les espaces intercostaux sont effacés et élargis. Température : 39° le soir.

27 février. — Expectoration de crachats rougeâtres.

28 février. — Température 40°. Phénomènes pulmonaires sont plus accusés. Expectoration purulente. Hémoptysie abondante.

2 mars. — Nouvelle hémoptysie très abondante.

12 mars. — L'expectoration purulente rougeâtre a cessé depuis quelques jours. Malade part en convalescence.

Obs. III. — Bertrand et Fontan, (obs. LVI).

C..., adjudant d'artillerie de marine, a été traité en juillet 1888 pour fièvre intermittente et congestion du foie.

Le 15 octobre, étant à l'hôpital d'Hanoï pour hépatite, il eut brusquement une vomique purulente. Depuis, des vomissements de même nature se répètent souvent et n'ont cessé que dans ces derniers jours.

10 décembre. — Entre à Saint-Mandrier dans un état précaire avec fièvre quotidienne.

28 décembre. — Expectoration abondante et mélangée de crachats sanguinolents. Diarrhée.

25 janvier 1889. — Pendant la nuit, deux vomiques contenant au moins 250 gr. de pus. Le foie déborde les fausses côtes et remonte à 1 c/m au-dessus du mamelon.

27 janvier. — Cinq selles liquides renfermant du pus chocolat.

Dès ce moment, la fièvre tombe complètement, l'état général remonte, l'expectoration est supprimée.

19 février. — Malade part en convalescence.

Obs. IV. — Bertran et Fontan, (obs. CI).

G..., 26 ans, 2e maître de timonerie, entre à l'hôpital le 29 novembre 1885. Arrivé du Tonkin, porteur d'un certificat établissant qu'il a été atteint de dysenterie et d'une hépatite dont le pus s'est frayé une voie en dehors, par le poumon au moyen d'une vomique de 2 à 300 grammes.

Etat actuel satisfaisant. Congé de convalescence.

Obs. V. — Bertrand et Fontan, (obs. CII).

R..., soldat, entré à l'hôpital le 19 février 1885, Rapatrié du Tonkin pour dysenterie chronique et abcès du foie ouvert dans les poumons le 27 janvier 1885, qui continue à se vider par cette voie. Température oscille entre 36°5 et 38°9.

1er Mars. — Amélioration, douleur du côté a disparu. Diarrhée moins abondante, plus de fièvre.

23 Mars. — Congé de convalescence.

Obs. VI. — Bertrand et Fontan, (obs. CIV)

L..., 24 ans, matelot, entre à l'hôpital le 2 mars 1889. Rapatrié du Tonkin. Souffre de l'hypochondre droit et crache du pus chocolat. Foie volumineux et débordant les fausses côtes.

Fièvre oscille entre 36°8 et 39°4.

22 Avril. — Congé de convalescence.

Obs. VII. — Bertrand et Fontan, (obs. CVIII).

A..., opéré trois fois en 1888 pour hépatite suppurée. Présente le 20 décembre 1891 de la douleur dans le côté droit et de la fievre, 39°5.

26 décembre. — Toux sèche et très violente, Matité très prononcée à la base de l'hémithorax droit. A la suite d'une quinte de toux, le malade rendit un seul crachat contenant de nombreux filets de sang, puis l'expectoration devint plus abondante avec crachats noirs et très fétides.

Un mois après, l'expectoration disparut.

Obs. VIII. — Brossier (Th. de Paris 1888 Obs. I)

M..., entré à l'hôpital le 13 octobre 1886 pour toux, dyspnée et expectoration (300 gr.) de crachats purulents, teintés de sang, d'odeur fétide.

Foie hypertrophié, douloureux; douleur à l'épaule droite. Râles crépitants et murmure vésiculaire diminués à la base du poumon droit.

27 octobre. — Expectoration moins abondante. Souffle tubaire.

7 janvier 1887. — Expectoration muco-purulente.

7 juillet. — Guérison.

Obs. IX. — Brossier (Obs. II)

L..., hospitalisé le 27 mars 1881 pour crachements de sang et toux quinteuse. Dyspnée, douleur à l'épaule droite, râles sous-crépitants du côté droit. Foie douloureux hypertrophié, hémoptysie.

4 avril. — Suffocation, sensation de déchirure interne, syncope, vomique de pus sanglant.

10 avril. — Toux, expectoration abondante.

3 mai. — Foie normal, râles ronflants et sous-crépitants. Etat s'améliore, malade fait deux autres entrées à l'hôpital pour crachats purulents et guérit le 30 juin.

Obs. X. — Foucaud et Séguin

(Arch. de Méd. nov. 1909 p. 241 Obs. II)

Malade atteint d'un abcès hépatique ouvert dans les bronches. La vomique remonte au 13 mars 1909, et, depuis cette époque le malade crache du pus couleur chocolat. Après une accalmie de près d'un an, l'expectoration devient assez abondante (un crachoir par 24 heures).

Diagnostic : Abcès du foie cicatrisé, abcès pulmonaire en activité.

Obs. XI. — Brossier (Obs. III)

M..., entre le 4 août à l'hôpital pour douleurs hépatiques.

Le 7 septembre. — teinte irtérique, douleur hépatique avec douleur à l'épaule droite. Fièvre, signe de bronchopneumonie.

9 septembre. — Vomique de pus bien rougeâtre précédée d'une forte dyspnée, râles crépitants à la base du poumon droit.

24 novembre. — Guérison.

Obs. XII. — Brossier (Obs. V)

P..., présente le 25 janvier 1883 tous les symptômes d'hépatite suppurée.

5 février. — Vomique procédée de toux et de dyspnée. Liquide expectoré formé de pus rouge-brique.

28 avril. — Guérison.

Obs. XIII. — Cambay

(De la dysenterie et des maladies du foie qui la compliquent)

K..., entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'hépatite suppurée. Vomiques, expectoration rouge brique puru-

lente, dyspnée intense, amélioration les jours suivants, l'expectoration cesse au bout de trois semaines, guérison.

Obs. XIV. — Hussenet
(Arch. de méd. et de ph. mil, 1898, p. 53)

M..., soldat, a fait deux séjours en 1895 à l'hôpital d'Hanoï pour accès de fièvre intermittente Entre à l'Hôpital de Divet le 15 septembre. Peau cireuse. Température 39°.

Point douloureux fixé dans le sixième espace intercostal. Foie déborde les fausses côtes. Voussure de la base thoracique droite. Matité compacte. Scapulalgie. Petite toux sèche par quintes.

9 octobre. — A eu de violentes quintes de toux avec sensation d'angoisse et de suffocation, et tout à coup a vomi une grande quantité de pus mélangé de sang fétide. Le malade est soulagé, la fièvre est tombée.

14 octobre. — Expectoration moins fétide. Pour faciliter l'expectoration, le malade a imaginé de se plier en deux, la tête en bas. Les douleurs intercostales et scapulaires n'existent plus.

24 octobre. — Malade crache un peu de pus rougeâtre, toute odeur fétide a disparu.

6 novembre. — Expectoration a cessé.

27 janvier 1897. — Etat général excellent.

Obs. XV. — Job (Thèse Plontz Lyon 1912)

S..., 20 ans, légère diarrhée en 1911, à Blida.

Douleur violente dans l'hypochondre droit. T : 39°6.

Dyspnée. Submatité à la base droite..

Examen du sang : Polynucléose 82 p. 100.

Immobilité du diaphragme à droite. Foie légèrement hypertrophié. Quelques jours plus tard signes non douteux d'épanchement à la base droite. Ponction positive.

Vomique. Le pus renferme des amibes.

Selles ne contiennent pas d'amibes.

Guérison sans intervention.

Obs. XVI. — Kelchnie et Edin (The Lancet, 30 mars 1912 in arch. de med. nav. et col. 1913, p. 392).

Un jeune garçon de quatorze ans crachait du pus depuis cinq ans. La quantité ainsi rejetée en vingt-quatre heures était d'une tasse de thé. Ce pus était de consistance crémée et d'une couleur variant du brun-rouge au jaune foncé, il n'avait qu'une faible odeur ; matité à la base du poumon droit se confondant avec celle du foie ; murmure vésiculaire absent. On place la tête en bas, on fait tousser le malade. La cavité de l'abcès fut vidée ; on répéta l'opération cinq à six fois par jour.

Guérison en six semaines.

Obs. XVII. — Gruet et Bressot (Arch. de méd. et de Ph. Mil. 1910, p. 321. Obs. VI).

Malade porteur de pleurésie purulente consécutive à un abcès du foie et dont l'état général s'améliorait au point de laisser croire à une guérison pendant l'intervalle des vomiques. Au bout de deux ans, malade en apparence guéri.

Obs. XVIII. — Leger (Ann. d'Hyg. et de Méd. col. 1907, p. 467, obs. IX

H..., entré à l'hôpital en attendant son rapatriement. Les renseignements médicaux de la feuille d'évacuation portent qu'il a évacué il y a un mois et demi par vomiques plusieurs abcès hépatiques.

30 avril 1905, — Examen du sang, polynucléaires neutrophiles 64 p. cent, lymphocites 30 p. cent, mononuclaires 36 p. cent, eosinophiles 2 p. cent, formes transitoires 0,4 pour cent.

Obs. XIX. — Morvan (thèse de Bordeaux, 1888)

J..., entre à l'hôpital le 8 mai 1886, pour abcès du foie et diarrhée.

4 juin. — Pendant une quinte de toux crachats verdâtres purulents.

4 juillet. — Ponctions négatives. Les symptômes vont en diminuant d'intensité et l'expectoration cesse le 15 août.

Obs. XX. — Maurel (Arch. de Méd. Nov. 1885 p. 29, obs. XXIV)

L..., abcès du foie s'étant vidé par les bronches vers le mois de janvier 1881. Dès le mois de mai, L... a repris son service et sauf quelques indispositions, il a satisfait à toutes les exigences de son milieu.

Obs. XXI. — Maurel (obs. XXV)

L. M..., diarrhée chronique compliquée d'abcès du foie vidée par les bronches, par l'intestin. Guérison.

Obs. NXII. — Renault (Ann. d'hyg. et de méd. col. 1909 page 213, obs. VIII)

I..., 24 ans, canonnier colonial, entre à l'hôpital le 6 septembre 1907, avec le diagnostic d'hépatite suppurée ; a eu la dysenterie à Saïgon en mars 1907.

5 juillet. — Douleur au niveau de l'hypochondre droit et de l'épaule droite. Fièvre.

7 juillet. — Le matin de l'opération, le malade est pris d'une vomique et rend des crachats mélangés de sang et de pus hépatique. L'abcès se vide sans incident et en août 1907, le malade est rapatrié.

Obs. XXIII. — Renault (Obs. XXVII)

F..., 23 ans, matelot, entre à l'hôpital le 9 octobre pour hépatite suppurée ouverte dans les bronches, contractée à Saïgon·

Ni dysenterie, ni diarrhée, pas de température. L'abcès se vide bien par la voie broncho-pulmonaire ; le malade rendait au début trois à quatre crachoirs.

Les suites des évènements sont favorables ; l'expectoration diminue chaque jour. Le malade augmente de poids toutes les semaines et passe de 49 kilos à 56 k. 600.

Le 25 novembre, le malade sort en bon état.

Obs. XXIV. — Roch (Plontz, thèse Lyon 1912)

Homme de 26 ans. Dysenterie au Dahomey en 1907. Guérison 10 mois après. Retour en France en 1908.

En novembre : toux, fièvre, douleurs dans la région hépatique, crachats couleur chocolat.

Au milieu du mois, vomique. Crachats purulents et brunâtres. Depuis ce moment expectoration devient très abondante (2 l. par jour).

Depuis septembre 1909, toux et expectoration.

En 1910, diagnostic : abcès du foie dysentérique perforé dans les bronches.

A ce moment, expectoration abondante, fétide, sanguinolente. Foie gros. Base du poumon en arrière : matité, obscurité respiratoire, abolition des vibrations.

Radioscopie : Immobilité du diaphragme du côté droit ; ombre étendue de toute la base du thorax se confondant avec celle du foie.

Amibes dans les selles.

Ponctions négatives.

Examen du sang : Globules blancs 9.766.

» » Globules rouges 3.534.000.

Mauvais état général. Pneumonie en 1911. — Décès.

Obs. XXV. — Roughton (Lancet 1891)
in-thèse Molinisé, Paris 1909

Malade traité et guéri le 1er février d'un abcès du foie ; présente une pleurésite le 16 mai, expectore son abcès quelques mois après.

En novembre, complication du côté du rein et du colon. Guérison.

Obs. XXVI. — Rouis (Obs. XXXIV)

L..., entre à l'hôpital le 16 mai 1850 pour douleurs en arrière du poumon droit vers l'angle inférieur de l'omoplate et fièvre continue. Débilité très grande. Toux quinteuse, étouffée, expectoration peu abondante de crachats blanchâtres filants, peu aérés. En arrière, du côté de la poitrine, douleurs accompagnées d'angoisse, au niveau de

la dixième côte trace de matité, de respiration bronchique et de crépitations, foie douloureux.

19 mai. — Vomiques liquide jaune, serein amer.

30 mai. — plus d'expectoration.

6 juin. — Malade quitte l'hôpital.

Obs. XXVII. — Rouis (Obs. XXXV)

R..., entre à l'hôpital le 30 novembre 1854 pour douleurs dans le septième espace intercostal droit accompagnées d'une petite toux quinteuse.

21 décembre. — Toux et expectoration abondante de crachats briquetés. A la base du poumon droit râles crépitants confus, matité bronchique.

29 décembre. — Toux légère et expectoration à peine marquée.

21 janvier 1855. — Vomique d'un liquide brun clair (200 gr.), soulagement immédiat.

24 janvier. — Nouvelle vomique.

25 janvier. — Expectoration et toux disparues. Malade quitte l'hôpital.

Obs. XXVIII. — Rouis (Obs. XXXVI)

L..., entre à l'hôpital le 9 janvier 1855 pour douleur dans l'hypochondre droit, fièvre, toux abondante, expectoration rougeâtre. Amaigrissement très prononcé, matité hépatique plus étendue. Région hépatique douloureuse.

11 janvier. — Crachats presque incolores.

20 janvier. — Expectoration presque nulle. Toux incessante.

5 mars. — Malade expectore 750 gr. de crachats visqueux.

28 mars. — Expectoration nulle.

24 Avril. — Guérison.

Obs. XXIX. — Rouis (Obs. XXXVII)

L..., entre à l'hôpital le 17 novembre 1854, pour hépatite chronique suivie de la formation d'un abcès.

19 novembre. — Toux, crachements de 30 gr. d'un mélange de pus jaunâtre et de mucus.

22 novembre. — Expectoration à peu près nulle, composée de mucosités limpides.

3 décembre. — Crachats rouillés et visqueux.

25 décembre. — Guérison.

Obs. XXX. — Rouis (Obs. XXXVIII)

C..., entre à l'hôpital le 4 février 1885, pour abcès du foie.

7 février. — Expectoration épaisse et adhérente. Toux persiste.

11 février. — Douleurs du flanc droit et à l'épaule droite sont dissipées. Expectoration opaline et purulente.

26 février. — Malade quitte l'hôpital apparamment guéri.

Obs. XXXI. — Renault (Obs. XXVIII)

D..., 28 ans, soldat au 1er colonial. Provient de Saïgon, entre à l'hôpital en novembre 1908 pour abcès du foie.

Diarrhée en août 1908 avec douleur dans l'hypochondre droit. La fièvre apparaît une quinzaine de jours après. Deux ponctions sans résultat. Puis, subitement, le malade a craché du pus mélangé à du liquide tantôt rouge groseille, tantôt à reflets verdâtres ; la quantité n'a jamais dépassé un crachoir par jour et a diminué rapidement.

Il est rapatrié.

L'expectoration s'atténue. Le poids du malade passe de 44 à 51 kilos.

26 novembre. — Envoyé en convalescence.

Obs. XXXII. — Saint-Vel (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 9 janvier 1880, page 20)

X..., 49 ans, avait été atteint, en 1877, d'une hépatite terminée en août par la rupture d'un abcès. A la vomique avait succédé pendant plusieurs semaines une expectoration lie de vin, abondante. Les crachats avaient reparu à différents intervalles et en petite quantité. Arrivé à Paris en mai 1878, le malade, amaigri, accusait une amélioration notable. Toux fréquente, tenace. Rien à l'auscultation. Aucune hypertrophie du foie. Six mois après sa santé se maintenait.

Obs. XXXIII. — Sambuc (Bull. de la soc. médico-chir. de l'Indo-Chine 1911, p. 270. Obs, VII

P..., a été atteint, en 1894, d'hépatite suppurée. En janvier 1899 en retournant en France, il a craché du pus pendant une vingtaine de jours. Depuis lors, le malade a eu, en plusieurs reprises de la douleur et de l'hypertrophie du foie et des vomiques de pus jaunâtre et quelques crachats couleur chocolat. Diminution du murmure vésiculaire à droite. Ponctions négatives.

28 décembre. — Malade n'a plus de vomiques, ne souffre plus. Il quitte l'hôpital.

Obs. XXXIV. — Sambuc (Obs. XV)

P..., entré à l'hôpital le 17 mars 1901, sorti le 1er avril. Diagnostic : vomique.

Fièvre 38° à 39° jusqu'au 22 mars, ensuite apyprexie.

PAS D'INTERVENTION — MORT

Obs. XXXV. — Bertrand et Fontan (Obs. VIII)

B..., est repris le 20 juillet 1883 de douleurs du côté droit et à l'épaule droite.

3 août. — Douleurs vives. Fièvre. Toux ; dyspnée, obscurité du murmure vésiculaire à droite et en arrière ; souffle ; voix chevrotante.

19 août. — Pleurésie manifeste. Ponction : 750 gr. de liquide citrin.

24 août. — Abondante expectoration de crachats rouge-brique. Toux très pénible. Hecticité. Vomiques.

22 septembre. Décès.

Autopsie : Pleurésie droite et abcès du foie en communication avec le poumon.

Obs. XXXVI.— Bertrand et Fontan (Mac Léan) Obs. XLII

Le docteur Morhead fut pris brusquement d'une hépatite suppurée. Deux jours après, toux incessante. Aucune matité étendue de l'hypochondre droit. Foie normal. Vomique de pus rouge.

Mort trois semaines après vomique.

Autopsie : deux abcès du foie, l'un ouvert dans les bronches, l'autre non évacué.

Obs. XXXVII. — Bertrand et Fontan (Obs. XLVI)

S..., 24 ans, sergent d'infanterie de marine, arrive le 1er novembre 1888 du Tonkin, avec des troubles intestinaux, de violentes douleurs dans l'hypochondre droit, avec irradiation dans l'épaule droite.

Foie augmenté de volume. Température 38°-39°.

12 novembre. — Toux sèche, quelques crachats rouge-brique.

14 novembre. — Vomique : 500 gr. de pus hépatique. Dans le reste de la journée évacuation, de 200 gr. de pus mêlé à l'expectoration.

15 novembre. — 500 gr. de pus chocolat. Température 37°.

18 novembre.— Malade très oppressé. Température 38°5.

29 novembre. — Mort.

Autopsie : Poumon droit renferme une cavité purulente qui communique avec la poche hépatique.

Obs. XXXVIII. — Bertrand et Fontan (Obs. XLVII)

L..., 25 ans, arrive de Cochinchine ayant contracté la dysenterie et une hépatite suppurée. Rapatrié, le malade a été pris à plusieurs reprises de vomiques purulentes, on nota le 25 décembre que les crachats contenaient du pus et de la bile. Toux très fatigante.

A son entrée à l'hôpital (18 févr. 1888) émaciation extrême.

3 mars. — Accidents suffocants.

7 mars. — Mort.

Autopsie : Abcès pulmonaire en communication avec une poche intra-hépatique. Perforation diaphragmatique mesure 3 c/m de diamètre.

Obs. XXXIX. — Bertrand et Fontan (Obs. XCIX)

V..., 26 ans, entre à l'hôpital le 11 décembre 1882, pour dysenterie.

9 janvier 1883. — Vomique qui a commencé par une petite toux avec expectoration. A rendu 400 grammes d'un liquide couleur chocolat au lait. Eprouvait depuis quelque temps des douleurs à l'épaule droite et gauche.

10 janvier. — 350 grammes de crachats café au lait. Foie hypertrophié.

12 janvier. — Expectoration jus de pruneaux (200 gr.).

15 janvier. — Crachats rouge-brique.

20 janvier. — Ponctions exploratrices ne ramènent pas de pus. Dysenterie de plus en plus sévère.

29 janvier. — Mort.

Obs. XL. — Bertrand et Fontan (Obs. C)

B..., 27 ans, rapatrié de Saïgon pour abcès du foie et vomique consécutive en mars 1884.

Douleur, gonflement et rougeur de la région hépatique. Crachats sanglants et purulents.

14 avril. — Ponction exploratrice sans résultat.

30 juillet. — Mort.

Autopsie : Foyer purulent à la base du poumon droit en relation avec l'abcès du foie.

Obs. XLI. — Bertrand et Fontan (page 353)

B..., officier, eut après une dysenterie de Cochinchine une hépatite soignée en 1876.

Un premier abcès s'ouvrit dans les bronches et quand il commença à se tarir, une nouvelle issue se fit par l'intestin.

Mort à Saint-Mandier, le 10 décembre 1876.

Obs. XLII. — Bertrand et Fontan (Obs. CIII)

L..., entre à l'hôpital le 2 mars 1889. Rapatrié d'Annam où il a été atteint de diarrhée suivie d'une hépatite dont l'abcès s'est vidé par les bronches le 1er janvier 1889.

3 janvierr — Selles diarrhéïques. Crachats purulents très abondants. Température ; 36°9.

17 mai. — Mort.

Autopsie : Base du poumon droit creusée d'une cavité purulente communiquant avec les bronches et abcès du foie.

Obs. XLIII. — Cambay (Obs. XXXVI)

S..., entre à l'hôpital, le 4 février 1844 pour une forte fièvre et des symptômes simulant ceux de l'hémoptysie et provenant d'un abcès du foie ouvert dans les bronches. Accidents remontant à huit jours.

12 février. — Abattement général ; dyspnée ; douleur derrière le sternum ; râles sifflants et muqueux dans toute la poitrine ; toux fréquente, douloureuse, et suivie d'une expectoration abondante d'un liquide rouge-brique.

Les jours suivants, amélioration considérable.

27 février. — Expectoration abondante le matin.

2 avril. — Décès.

Autopsie : Abcès du foie ouvert dans les bronches.

Obs. XLIV. — Cambay (Obs. XXXVII)

B..., entre à l'hôpital le 14 octobre 1844. Apparition subite des symptômes de la suppuration du foie. Convalescence apparente, puis apparition, le 17 décembre d'une forte fièvre, accompagnée de douleurs dans l'hypochondre droit, de toux suivie d'une expectoration rouge-brique, mêlée de stries de pus.

Mort après cinq mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie : Abcès du foie ouvert dans les bronches et communiquant avec une poche intrapulmonaire.

Obs. XLV. — Caussade et Joltrain (Soc. méd. des hôp. de Paris. 15 février 1907)

X..., 30 ans, entre à l'hôpital une première fois en mai 1906, une deuxième fois le 2 janvier 1907, pour dysenterie et douleurs hépatiques.

12 janvier 1907. — Brusquement survient une quinte de

toux et une expectoration composée de crachats purulents, grisâtres et d'odeur fétide. Deux cuvettes sont remplies. Malade paraît soulagé.

13 janvier. — Foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes. A la base du poumon droit, on constate la présence d'une matité nette avec un souffle bronchique. Température : 37°.

Examen des crachats : amibes.

Examen du sang ;

Globules blancs 11.000 :	Polynucléaires..... ...	72 °/°
	Mononucléaires.....	18 °/°
	Lymphocytes,.....	12 °/°
	Eosinophiles	8 °/°

16 janvier. — Malade meurt brusquement dans une dernière vomique.

Autopsie : Vaste abcès du foie communiquant par deux orifices avec le poumon.

Obs. XLVI. — Dupuy (Th. de Paris 1888)

Le 22 août. — Malade présente tous les caractères d'hépatite amibienne suppurée et de pleurésie.

23 août. — Vomiques.

1er septembre. — Expectoration purulente remplit plusieurs crachoirs. Température : 39°5.

3 septembre. — Mort.

Autopsie : Fistule hépato-bronchique. Pleurésie.

Obs. XLVII. — Foucault (Arch. de méd. nav. 1908, p. 321.

P..., 26 ans, entre pour la deuxième fois à l'hôpital en octobre 1905, pour dysenterie, expectoration très abondante dans laquelle nagent des crachats muco-purulents.

3 novembre. — Crachats hémoptoïques.

Janvier 1906. — Voussure du thorax à droite. Matité.

Ponction ramène sérosité louche, sanguinolente renfermant débris cellulaires, staphylocoques et bactéries diverses.

16 février. — Crachats couleur chocolat.

20 février. — Même expectoration ayant un goût sucré, fade et nauséeux.

14 Avril. — Hémoptysie très abondante. Mort.

Autopsie : Poumon droit occupé par une cavité purulente. Foie montre cicatrice d'un abcès.

Obs. XLVIII. — Gruet et Bressot (Arch. de méd. et de pharm., mil. 1910, p. 321, Obs. V)

R... présentait une pleurésie purulente droite avec vomiques qui se répétaient tous les quinze jours. Pus d'aspect phlegmoneux. Foie normal. Quinze jours après, pus expectoré couleur chocolat.

Les vomiques disparaissent, l'état général s'améliore. Malade meurt au bout de huit ans à la suite de plusieurs vomiques.

Obs. XLIX. — Haspel (Maladies de l'Algérie 1850, Obs. I)

Première atteinte en août 1844 d'une dysenterie grave guérie en novembre ; accès irréguliers de fièvre en décembre ; douleur à l'épaule droite qui persiste pendant tout le mois de janvier 1845 ; le 15 février, gêne subite de la respiration suivie de toux et d'expectoration abondante d'un mélange de pus et de sang tellement considérable qu'il semble être rejeté par vomissement ; saveur amère ; malade très soulagé ; à droite de la poitrine, sonorité et râles muqueux à grosses bulles.

27 février. — Toux fatigante, liquide rouge, presque vermeil.

7 mars. — Oppression ; expectoration présentant les mêmes caractères que précédemment ; respiration obscure présentant un peu de râles crépitants à la base du poumon droit ; amaigrissement rapide.

28 juin. — Mort.

Autopsie : Abcès du foie communiquant avec le poumon droit.

Obs. L. — Haspel (Obs. II)

J..., entre le 11 novembre 1844 à l'hôpital pour douleur très forte dans le côté droit de la poitrine.

12 novembre. — Rougeur circonscrite des pommettes. Toux fréquente avec expectoration de crachats purulents mêlés de sang. Oppression considérable. Foie hypertrophié. Râles crépitants et gargouillements au niveau du poumon droit.

24 novembre. — Décès.

Autopsie : Poumon droit creusé d'une large caverne purulente communiquant par une ouverture très étroite du diaphragme, avec un énorme abcès du foie.

Obs. LI. — Haspel (Obs. III)

Fièvre irrégulière. Embarras gastro-intestinal au mois de mars.

16 mai. — Signes et symptômes d'un abcès du foie.

16 juin. — Oppression considérable. Douleurs dans toute l'étendue de la base du poumon droit. Expectoration abondante d'un mélange de pus et de sang.

1er juillet. — Expectoration nulle.

13 juillet. — Décès.

Autopsie : Ouverture de l'abcès du foie dans la cavité de la plèvre et dans le poumon.

Obs. LII. — Kelsch et Kiener. (Traité des maladies des pays chauds 1889, Obs. II)

Soldat contracte en septembre 1879 une dysenterie compliquée de symptômes hépatiques. Le 26 mars 1880, il eut une vomique de matières purulentes et sanguinolentes. Il entre à l'hôpital le 1er avril, très émacié, ayant de la fièvre, crachant du pus et, après plusieurs hémoptysies, succombe le 4 mai.

Autopsie : Six abcès du foie dont un ouvert dans les bronches.

Obs. LIII. — Kelsch et Kiener (Obs. III)

C..., entre à l'hôpital le 1er juin 1883. Dysenterie datant d'un mois ; tuméfaction douloureuse du foie ; submatité et silence respiratoire à la base du poumon droit. Dans la nuit du 9 au 10 juin, vomique, puis somnolence comateuse et mort le 11.

Autopsie : Vaste abcès du foie ouvert dans le poumon.

Obs. LIV. — Le Corre (Ann. d'Hyg. et de Méd. col., 1899, p. 110, Obs. XIV)

Ch..., 38 ans, évacué sur l'hôpital de Saïgon pour hépatite suppurée. Nombreuses cavernes de nature tuberculeuse dans les deux poumons. Crachats renferment une quantité considérable de pus, de staphylocoques, de diplocoques encapsulés.

Décédé le 31 août.

Autopsie : Foie présente plusieurs abcès de la grosseur d'un œuf ; l'un d'eux, le plus grand, communique par une fistule avec le poumon droit qui est percé de vastes cavernes contenant du pus chocolat.

Obs. LV. — Loison (Rev. de Chir., 1906, p. 228, Obs. V)

S..., arrivé à l'hôpital dans un état de cachexie avancée, et meurt au bout de quelques jours, après avoir présenté plusieurs vomiques purulentes.

Autopsie : Abcès du foie en communication avec les bronches.

Obs. LVI. — Rist et Barjon (Presse Médicale, 1915, p. 315)

Les phénomènes présentés par le malade se développèrent avec une certaine brusquerie au cours d'un état de bonne santé apparente. Réaction pleurale exsudative. Foie hypertrophié. Mort.

Autopsie : Gros abcès hépatique et destruction nécrotique du lobe inférieur du poumon droit.

Obs. LVII. — Rouis, (Obs. XXX)

R..., 42 ans, entre à l'hôpital le 24 mai 1856 pour hépatite chronique suivie de formation d'un abcès.

1er juin. — Toux quinteuse sèche.

3 juin. — Violente douleur dans l'hypochondre droit. Sentiment d'oppression. Expectoration d'une grande quantité de matières analogues à du chocolat au lait.

4 juin. — Expectoration abondante (250 gr.).

10 juin. — Expectoration rutilante.

1er juillet. — Expectoration tombée à 60 grammes. Epuisement excessif. Epanchement pleural.

7 juillet. — Abcès tend à se créer une nouvella issue à travers l'un des espaces intercostaux.

9 juillet. — Mort.

Autopsie : Abcès du foie communiquant avec une poche intrapulmonaire. Diaphragme droit détruit.

Obs. LVIII. — Rouis (Obs. XXXI)

L..., 40 ans, entre à l'hôpital le 18 janvier 1850 pour gêne de la respiration, toux, étouffements, crachats visqueux et jaunâtres.

19 janvier. — Crachats de teinte jus de pruneaux. Matité. Souffle bronchique à la base du poumon droit.

26 janvier. — Expectoration moins foncée en couleur.

6 février. – Crachats rougeâtres.

16 février. — Mort.

Autopsie : Abcès du foie communiquant avec poche intra-pulmonaire.

Obs. LIX. — Rouis (Obs. XXXII)

P..., entre le 27 novembre 1856 pour hépatite suppurée.

7 janvier 1857. — Expectoration formée par un pus rouge-brun et de pus jaunâtre.

14 mars. — Expulsion de pus jaunâtre.

23 mars. — Malade meurt de dysenterie.

Autopsie : Poche intrapulmonaire communiquant avec cavité hépatique. Perforation du diaphragme mesure douze centimètres de diamètre.

Obs. LX. — Rouis (Obs. XXXIII)

S..., entre à l'hôpital le 3 septembre 1850 pour hépatite chronique avec abcès et diarrhée.

Vers les derniers jours d'octobre, le malade est pris d'une toux quinteuse suivie d'une expectoration rouge brique. Base du poumon mate. Fièvre d'abord intermédiaire, devient continue.

15 novembre. — Foie douloureux. Crachats (200 gr.) briquetés.

29 novembre.— Aux crachats briquetés (400 gr.) s'ajoute du sang clair.

15 décembre. — Nouvelle hémoptysie.

18 décembre. — Malade vomit une matière analogue à de la bouillie de chocolat.

3 janvier 1851. — Nouveau vomissement 300 grammes.

4 janvier. — Mort.

Autopsie : Cavité creusée dans poumon en relation avec abcès hépatique.

Obs. LXI. — Saint-Vel (Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 9 janv. 1880, p. 20)

L..., 27 ans, contracte une hépatite grave en 1877. En 1878, au milieu d'une crise de suffocation, un abcès considérable est évacué par les bronches. L'évacuation dure deux mois. Arrivé à Paris le 2 novembre. Expectoration s'est tarie. Foie ne déborde pas les fausses côtes. A partir du 22 novembre le malade éprouve une douleur à l'hypochondre droit, et présente un peu de fièvre. L'expectoration de pus mélangé de sang recommence avec abondance et s'accompagne de toux fréquente.

Malade meurt le 16 janvier 1879.

Obs. LXII. — Sambuc (Bull. de la Soc. méd. chir. de l'Indo-Chine, 1911, p. 2. Obs XX)

S..., entre à l'hôpital le 31 mai 1904. Depuis quelques mois, fréquentes douleurs dans l'épaule et dans la région hépatique. Foie un peu douloureux.

7 juin. — Gêne respiratoire. Expectoration abondante et épaisse.

Température : 38°6 ; 37°8.

12 juin. — Sept ponctions sans résultat.

25 juin. — Décès.

Autopsie : Abcès du foie avec perforation du diaphragme. Epanchement séreux dans le péricarde. Un peu de pleurésie.

Obs. LXIII. — Vallet (Montpellier médical, 1920, p. 63)

« Ce cas me rappelle un abcès du foie amibien, opéré. L'intervention avait fait cesser les vomiques. Un lavage intem-pestif de la poche à l'eau oxygénée montra que la communication de l'abcès avec les bronches persistait toujours. Le malade mourut cachectique au bout de quelques mois ».

INTERVENTION CHIRURGICALE
GUÉRISON

Obs. LXIV.— Aubry (in th. Morvan, Bordeaux 1888)

N..., Soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 25 mars 1884, pour hépatite suppurée.

27 mars. — Vomique abondante de pus hépatique. Température oscille entre 37° et 38°3.

31 mars. — Opération de Stromeyer-Little. Tous les phénomènes s'amendent. Température 37° et 38°5.

20 avril. — Malade sort de l'hôpital à peu près guéri.

Obs. LXV. — Berger
(Ac. de Méd. Séance du 13 juillet 1897

F..., entre le 22 février 1897, à La Pitié, avec les signes d'un abcès du foie.

11 mars. — Malade rend spontanément et sans aucun effort une grande quantité de liquide rouge-brique. Malade se déclare très soulagé ; l'expectoration continue. Température 37°6 et 38°5.

13 mars. — Malade rend 350 grammes, expectoration se fait sans effort presque sans toux. Douleur de côté a presque disparu ; le foie a repris ses dimensions normales.

A l'auscultation : respiration soufflante, pectoriloquie aphone, frottements pleuraux.

2 avril. — Opération : ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale. Drainage.

Le soir, le malade rejette par expectoration un liquide sanguinolent mélangé de bile.

6 avril. — Expectoration a cessé.

25 mai. — Cicatrisation de la plaie, malade a repris son embonpoint.

Obs. LXVI. — Bertrand et Fontan (Obs. LXXII)

F..., a contracté la dysenterie au Soudan, puis il souffrit de son foie et, en juin 1890, il vomit et expectora le contenu d'un abcès du foie.

A son arrivée à Bordeaux, le mois suivant, amaigrissement, expectoration chocolat diminue, en arrière de la ligne axillaire zone mate douloureuse.

Opération : ouverture transpleurale de l'abcès, lavage, drainage.

Quatre mois et demi après l'intervention chirurgicale, la plaie était cicatrisée et le rétablissement complet.

Obs. LXVII. — Bertrand et Fontan (Obs. XXIII)

G..., revient du Sénégal où il a été atteint d'hépatite. Le 20 août 1892, il a expectoré une grande quantité de pus brun spécial. Arrivé à Bordeaux, le 23 octobre ; amaigrissement, Température 37°. Toux incessante. Expectoration formée de pus hépatique. Foie augmenté de volume.

5 novembre : Ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale. Lavage, drainage. Quatre mois après l'opération, guérison.

Obs. LXVIII. — Bertrand et Fontan (Obs. XCI)

P..., contracte en Cochinchine une hépatite suppurée (mars 1890) suivie de l'ouverture d'un abcès dans les bronches.

A l'hôpital de Saint-Mandrier en juin 1891 ; mauvais état général, crachats sanguins et purulents. Toux quinteuse très pénible.

19 juin. — Matité hépatique plus étendue. Submatité

dans la moitié inférieure du poumon droit. Vibrations exagérées. Inspiration soufflante avec gros râles humides.

23 juin. — Ponction 400 grammes de pus chocolat.

Opération : ouverture transpleurale de l'abcès. Lavage, drainage.

12 août. — Guérison.

Obs. LXIX. — Boinet

(Bull. de l'Ac. de méd. 1909, p. 705, Obs. X)

C..., rapatrié du Tonkin pour tuberculose pulmonaire. A son arrivée en France, il est pâle, très amaigri, les pommettes colorées, la fièvre est continue, rémittente avec sueurs nocturnes. L'examen physique ne décèle pas de tuberculose pulmonaire. Crachat rouge briqueté fait faire diagnostic qui est confirmé par la radiographie.

Opération. — Résection 9e et 10e côtes ; ouverture de la plèvre, fermeture du sinus latéral. Incision de l'abcès, drainage.

Guérison un mois plus tard.

Obs. LXX. — Bouveret (Lyon médical 1897, p. 425)

X..., a eu la dysenterie au Tonkin en 1889.

En juillet 1894, fait une vomique de pus hépatique. Mauvais état général, fièvre.

Expectoration purulente abondante (300 gr. en 24 h.). Pus hépatique de teinte rougeâtre chocolat. L'hypochondre droit n'est presque pas douloureux.

Opération : Résection costale, pas d'adhérences, ouverture de l'abcès.

Suites : ouverture probable de l'abcès dans l'intestin.

Octobre. — Guérison.

Obs. LXXI. — Brossier (Obs. IV)

P..., présente en septembre 1884, les manifestations d'un abcès amibien du foie.

29 octobre. — Fièvre, dyspnée, vomique de pus crémeux, bien lié, de teinte légèrement rougeâtre. Matité hépatique

étendue. Foie douloureux. Matité de la base du poumon droit accompagnée de souffle et râles sous-crépitants.

2 décembre. — Ouverture au caustique de Vienne.

Juillet. — Guérison complète.

FERRAND (Th. de Montpellier 1894)

C.... est examiné en juin 1893 ; son foie est augmenté de volume. Il accuse à la partie supérieure de cet organe et en un point limité, une douleur spontanée et se propageant à l'épaule droite. La fièvre est de type remittent avec exacerbations vespérales.

Vomique abondante d'un pus couleur brique pilée. Depuis cette époque, il continue à en cracher avec une certaine abondance.

Au mois de septembre, ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale.

Malade continue à cracher du pus

Obs. LXXIII. — FERRON (Mém. et bull. de la Soc. méd. et chir. Bordeaux, 1893, p. 129)

F..., entre à l'hôpital le 16 novembre 1890, pour vomique depuis le 22 octobre. Anémie, foie normal, douleur en arrière. Température 38°.

22 novembre. — Opération, ouverture transpleurale de l'abcès. Drainage de la poche hépatique et de la cavité pulmonaire.

7 avril. — Guérison.

Obs. LXXIV. — FONTAN (Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. 1900, obs. I)

X..., revient du Cambodge, se croyant atteint d'une tuberculose pulmonaire. Est pris d'une vomique purulente à Marseille. Il continue à cracher du sang. Foie gros et sensible. Base du poumon droit atteinte d'un tassement conjonctif avec un noyau pneumonique.

Ponction : pus hépatique.

Ouverture transpleurale de l'abcès avec suture de la plèvre. Curettage, drainage.

Guérison complète en moins de 20 jours.

Obs. LXXV. — Fontan (Obs. II)

P...., arrivant du Tonkin avec abcès du foie ouvert dans les bronches depuis deux mois. Evacuation continue et incomplète de pus par cette voie. Température 39°.

Opération : Voie transpleurale avec résection de la 9me côte, curettage. Il y avait deux abcès, un dans le foie, l'autre dans le poumon. Drainage.

Les évacuations pulmonaires disparurent, peu de jours après l'opération, le rétablissement fut bientôt complet au bout de 45 jours.

Obs. LXXVI. — Fontan (Obe. III)

P..., a eu un abcès du foie opéré à Madagascar et ouvert plus tard dans le poumon ; il crache de temps en temps du pus rougeâtre à la suite de violentes quintes de toux. Température : 38°, 39°5.

Opération : ouverture de l'abcès par la voie transpleurale avec résection costale ; curettage, drainage de la cavité hépatique et de la poche intrapulmonaire.

Un mois et demi après l'intervention chirurgicale, guérison complète.

Obs. LXXVII. - Fontan (Obs. V)

G..., est entré dans le service au commencement de février 1896, porteur d'un abcès du foie qui s'était partiellement évacué par les bronches. Le malade qui avait eu plusieurs vomiques était dans un état voisin de l'hecticité.

Cet abcès nécessita deux opérations successives avec résection d'une partie des 8me et 9me côtes.

Drainage. Guérison.

Obs. LXXVIII. — Forganel (In. Bertrand et Fontan)

L..., atteint d'hépatite suppurée fait le 22 février 1891, une vomique de pus épais, jaune foncé, très fétide.

Les jours suivants, le volume du foie augmente, les douleurs de l'hypochondre droit sont de plus en plus violentes.

Opération : ouverture transpleurale de l'abcès. Drainage.

Malade guérit en conservant une fistule.

Obs. LXXIX. — Foucaud et Seguin (Arch. de méd. nav. 1910, p. 241, obs. I)

P..., entre à l'hôpital le 16 septembre avec tous les signes d'hépatite suppurée.

28 octobre. — Expectoration de quelques crachats rouges dans la matinée. A deux heures, vomique de 200 gr. de pus rouge-brique ou chocolat, suivie d'une expectoration abondante et presque continuelle de même aspect, dans laquelle la présence de pigments biliaires a pu être décelée.

A partir du lendemain, symptômes s'amendent.

4 novembre. — Ouverture transpleurale d'un abcès hépatique et d'un abcès pulmonaire avec résection costale. Drainage des deux cavités.

Drainage étant insuffisant on fait une deuxième opération.

7 mars. — Guérison.

Obs. LXXX. — Geschwind (Arch. de méd. et de pharm. milit., 1889, p. 203)

P..., entre à l'hôpital, le 2 janvier 1889, pour fièvre rémittente vespérale (38°) et douleurs dans la région du foie.

8 janvier. — Point de côté violent, dyspnée, submatité, diminution des vibrations, râles sous-crépitants mêlés à des râles plus gros.

15 janvier. — Vomique couleur chocolat.

23 janvier. — Opération de Little.

26 janvier. — Malade sort guéri.

Obs. LXXXI. — Girard (Arch. de méd. nav., 1889, p. 370)

X..., provenant de Kayes, entre à l'hôpital comme atteint d'hépatite le 19 juillet 1888.

Pendant le trajet, le malade prétend avoir eu, à la suite de quintes de toux, plusieurs vomiques de matières purulentes et de matières grisâtres.

Voussure de l'hypochondre droit. Foie hypertrophié. Amaigrissement, sueurs nocturnes. Dyspnée. Submatité

de la région thoracique. Gros râles bronchiques. Expectoration assez abondante à la suite de quintes de toux, crachats purulents, de coloration rougeâtre. Température : 37°7.

20 juillet. -- Ponction : pus.

Opération : ponction au trocart, ouverture au bistouri en un temps. Lavage, drainage.

3 janvier. — Plaie cicatrisée, état général très satisfaisant.

Obs. LXXXII. — Grimm (Rev. de Chir., 1894, p. 875)

Japonaise, fut prise brusquement de frissons, de fièvre intense, de toux et d'expectoration, consistant en matières glaireuses d'un jaune clair.

Opération : ouverture d'un abcès du foie et un mois plus tard, incision d'un abcès pulmonaire.

Guérison.

Obs. LXXXIII. — Gruet et Bressot (Arch. de méd. et de pharm. mil., 1910, p. 321, Obs. IV)

Colonial, porteur depuis cinq ans (1895-1900) d'un abcès du foie, fut opéré en 1900. Deux ans après, vomique assez abondante qui dure deux mois.

Obs. LXXXIV. — Josserand (Lyon Médical, 1897, p. 421)

Malade revenant des colonies, entre à l'hôpital pour fièvre et douleurs dans l'hypochondre droit. Foie débordant les fausses côtes, douloureux à la pression. Température élevée. Etat général mauvais. Il présente, un matin, une grosse vomique hépatique.

Intervention chirurgicale. Guérison.

Obs. LXXXV. — Josserand (Obs. II)

Malade ayant eu dysenterie, atteint d'abcès du foie ouvert dans les bronches. Expectoration formée de pus de couleur chocolat. Maigreur extrême.

Intervention chirurgicale. Guérison.

Obs. LXXXVI. — Josserand (Lyon Médical, 1906, p. 313

Malade avait une expectoration brunâtre, couleur chocolat, s'étant produite insensiblement sans vomique, présentait un petit épanchement de la base droite, mais la masse principale était au-dessous du diaphragme comme le montre la radioscopie.

Il s'agissait d'un abcès du foie.

Opération, guérison.

Obs. LXXXVII. — Kaeppelin et Morel (Lyon Médical, 1903, p. 584)

G..., éprouve en septembre 1902 une vive douleur dans l'hypochondre droit, irradiée dans l'épaule. Le soir, fièvre qui persiste les jours suivants, et présente de grandes oscillations. Le vingt-sixième jour, la toux apparut brusquement, quinteuse, avec angoisse respiratoire et fut bientôt suivie d'une vomique abondante de pus rougeâtre extrêmement fétide.

Pendant une huitaine de jours, l'expectoration purulente persista, progressivement décroissante et cessa brusquement.

Au bout d'un mois, les mêmes phénomènes réapparaissent. Foie hypertrophié, douloureux. Voussure de l'hypochondre droit.

Opération : ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale.

7 août. — Guérison.

Obs. LXXXVIII. — Kelsch et Nimier (Ac. de Méd., séance du 6 mars 1900, Obs. IV)

B... contracte en 1898, au Soudan, une dysenterie qui guérit en quinze jours ; trois semaines plus tard, il survient de la fièvre et une violente douleur dans l'hypochondre et à l'épaule droite qui aboutirent au bout de quelques jours à une vomique de 200 gr. de pus.

Il entre à l'hôpital, le 27 avril 1898. Ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale.

Rapatrié, il entre au Val-de-Grâce le 28 août 1899.

Foie hypertrophié. Crachats sanguino-purulents contenant des débris hépatiques. Ponction exploratrice reste blanche.

Radioscopie : Moitié droite du diaphragme immobilisée et remontée de 7 à 8 cm au-dessus de la moitié gauche. Sinus costo-diaphragmatique oblitéré. Trainée d'ombre parcourt obliquement de bas en haut et de dehors en dedans la base du poumon.

8 septembre. — Ponction ramène du pus.

Opération : Ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale. Drainage.

10 octobre. — Guérison.

Obs. LXXXIX. — Lejeune (Arch. de méd. et de pharm. mil., 1908, p. 59)

G..., a eu la dysenterie en revenant du Tonkin.

A son entrée à l'hôpital : émaciation extrême ; dyspnée, région hépatique douloureuse, matité hépatique étendue.

Base du poumon droit mate. Le malade expectore par petites vomiques un liquide rougeâtre mêlé à des crachats muqueux. Cela dure depuis un mois.

Ponction ramène un liquide semblable au liquide expectoré.

Examen bactériologique du pus retiré : liquide aseptique, peu de leucocytes, beaucoup de cellules altérées.

18 mai. — Ouverture transpleurale d'un abcès hépatique avec résection costale. Lavage. Drainage.

19 mai. — Plus d'expectoration. Température 37°.

15 juillet. — Expectoration, après quinte de toux, d'un pus blanchâtre, épais.

5 septembre. — Malade part en convalescence.

Obs. XC. — Loison (Rev. de chir. 1906, p. 228. Obs. IX)

F..., présente le 5 juin 1891 tous les signes de l'abcès du foie. Pendant les jours qui suivent, la fièvre persiste et la toux s'accompagne de temps en temps d'une vomique de pus jaunâtre.

10 juin. — Ponction, pus rougeâtre hépatique.

Opération : Ouverture transpleurale de l'abcès hépatique. Drainage. Cholerragie pendant plusieurs jours. Toux persiste et le malade expulse des crachats purulents épais.

12 août. — Guérison.

Obs. XCI. — Loison (Ozs. XVII)

Ch..., a eu en mars 1904 de la congestion du foie avec diarrhée étant au Soudan.

En mai 1904, il évacue un abcès du foie par vomique pulmonaire. Quatre ponctions sans découvrir le pus.

10 novembre. — Rentré en France, il est traité à l'hôpital pour des troubles gastriques avec douleurs au niveau du foie et de l'épaule droite.

Après trois interventions chirurgicales, guérison.

Obs. XCII. — Loison (Obs. XXXVIII)

F..., entre à l'hôpital d'Hanoï pour douleurs dans l'hypochondre droit et dans l'épaule droite. A ce moment, il a eu une vomique purulente et a continué depuis cette époque à cracher du pus (nov. 1903).

20 février 1904. — Malade entre à l'Hôpital de Marseille. Il accuse de la pesanteur dans le côté droit avec douleurs au niveau de l'épaule droite. Crachats abondants, purulents. Base du poumon droit submate. Foie gros.

26 février 1904. — Ponction : pus.

Opération : Ouverture transpleurale de l'abcès hépatique avec résection costale. Drainage.

27 septembre. — Guérison.

Obs. XCIII. — Morvan (Thèse de Bordeaux, 1888. Obs. I)

I..., entre à l'hôpital le 8 mai 1886 pour abcès du foie, diarrhée et fièvre.

12 juin. — Ouverture faite par le caustique de Vienne.

14 juin. — Ouverture de l'abcès dans les bronches.

Les symptômes vont en diminuant d'intensité à partir du 11 juillet, mais le malade expectore du pus hépatique jusqu'au 15 août.

Exeat le 1er septembre.

Obs. XCIV. — Morvan (Obs. IV)

L..., 35 ans, matelot, entre à l'hôpital le 15 décembre 1885. A eu la diarrhée en Cochinchine en 1880. Il présente tous les symptômes d'un abcès du foie.

6 janvier 1886. — Vomique d'environ 500 grammes. Pus expectoré rouge chocolat, contient sang et tissu hépatique. Température 38°.

18 janvier. — Opération de Stromeyer-Little.

27 février. — Malade sort complètement guéri.

Obs. XCV. — Northrupp (Médical Records)
New-York 1884 in. th. Molinié, Paris 1909

C..., éprouve douleurs fréquentes dans la région épigastrique et de la fièvre. Emaciation. Signes d'épanchement pleural. Vomiques.

Opération.

Guérison quatre mois après.

Obs. XCVI. — Perves et Oudard
(Arch. de méd. nav. et col. 1913, p. 241, Obs. XII)

D..., a été opéré en 1908 et en 1909 pour abcès du foie.

Le 24 septembre 1910, vomique de pus lie-de-vin qui nécessite l'entrée à l'hôpital. Voussure de l'hypochondre droit, élargissement des espaces intercostaux, matité ; disparition des vibrations et du murmure vésiculaire à la base du poumon droit, frottements pleuraux.

Expectoration (200 gr.) de pus lie-de-vin. Toux incessante. Amaigrissement.

16 novembre. — Opération : voie transpleurale ; ouverture de l'abcès. Drainage. La vomique cesse aussitôt, et l'état général s'améliore aussitôt.

28 décembre. — Vomique de pus blanc.

6 février. — Expectoration cesse complètement.

10 Avril. — Poids passe de 44 kil. 900 à 71 kil.

Obs. XCVII. — Perves et Oudard (Obs. XIV)

N..., éprouve le 17 juillet de la douleur à l'épaule droite et de la fièvre.

3 août. — Abcès du foie soupçonné.

3 novembre. — Vomique lie-de-vin après un accès de toux.

10 décembre. — Foie un peu gros, douleur continnelle à l'épaule droite.

11 janvier 1912. — Vomiques toujours abondantes, (5 crachoirs par 24 heures). Température 37° et 38°. Toux fréquente.

12 janvier.— Opération : voie transpleurale. Suture pleurale. Ouverture d'un abcès hépatique et d'un abcès intrapulmonaire. Drainage des deux abcès.

23 février. — Guérison.

Obs. XCVIII. — Rigollet

(Ann. d'hyg. et de méd ; col. 1900, p. 271, Obs. IV)

B..., a eu un abcès du foie qui s'est ouvert dans les bronches.

Toux, expectoration d'une petite quantité de pus rougeâtre, strié de filets de sang. Gros râles humides, pectoriloquie aphone.

28 avril. — Opération : résection costale, suture de la plèvre ; ouverture de l'abcès après ponction.

Drainage.

Après son réveil, l'opéré vomit 200 grammes de pus.

30 avril. — Cholerragie.

29 juin. — Malade quitte l'hôpital, porteur d'une petite fistule.

Obs. XCIX. — Rozemont et Malbot (Arch. de méd. et de pharm. mil. 1889, p. 209, Obs. II)

S..., entre à l'hôpital le 13 décembre 1888 avec tous les symptômes d'abcès du foie.

23 décembre. — Malade est pris d'une violente toux et a une vomique de pus gris jaunâtre, épais, fade.

Base du poumon droit mate. Râles muqueux, quelques frottements pleuraux. Foie hypertrophié.

24 décembre. — Ponction : pus.

29 décembre.— Vomique (200 gr.) pus renferme de nombreux fragments de tissu sphacélé.

3 janvier 1889.— Opération, ouverture transpleurale de l'abcès. Drainage de la plèvre et de l'abcès.

10 février. — Guérison.

Obs. C. — Sambuc (Obs. XII)

L..., a été opéré le 19 juillet 1901, pour abcès du foie.

25 juillet.— Le malade crache du pus (un plein crachoir) T : 38°.

A la suite de cette vomique, la fièvre cesse bientôt. Quelque temps après, l'état de santé est excellent.

Obs. CI. — Sambuc (Obs. XVIII)

V..., entre à l'hôpital le 11 décembre 1899. Note du billet « abcès du foie incomplètement guéri ». Diarrhée. Après quelques efforts de toux, il se met à cracher du pus, à plusieurs reprises. L'abcès s'est donc ouvert dans le poumon droit. Il y a aussi communication d'un autre abcès avec l'intestin.

La plaie fistuleuse est débridée. Les vomiques et les évacuations du pus par l'intestin cessent. Le malade quitte l'hôpital le 19 juin 1900. Après trois autres séjours à l'hôpital pour récidives et écoulement du pus par la plaie, le malade est définitivement guéri le 23 septembre 1901.

Obs. CII. — Sambuc (Obs. CIX)

Juillet 1910. — Vomique soudaine avec fièvre. Gros foie.

Opération : ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale. Pneumo-thorax opératoire. Drainage.

Pleurésie post-opératoire. Guérison.

Obs. CIII, — Sambuc (Obs. XVII)

F..., a été opéré pour un abcès du foie le 15 mars 1902.

17 mars. — Malade évacue du pus hépatique par vomique jusqu'au 27 mars. Puis, la vomique cesse et la fièvre tombe.

4 avril. — Plaie opératoire complètement fermée.

Obs. CIV. -- Vincent (Arch. de méd. nav. 1910 page 40, obs. II)

B..., entré à l'hôpital le 4 juin 1909. Mauvais état général. Symptômes de pleuro-pneumonie à la base du poumon droit. Expectoration abondante, crachats brunâtres, purulents contenant du staphylocoque et du streptocoque. Foie gros.

2 août. — Malade maigrit. Polynucléose. Oscillations thermiques. Douleurs au niveau région épigastrique.

4 août. — Opération : Laparotomie médiane, ouverture de l'abcès (pus stérile) curettage, lavage. Au réveil, vomique.

19 décembre. — Guérison.

INTERVENTION CHIRURGICALE. — MORT

Obs. CV. — Bertrand et Fontan (Obs. LXXXIV)

Cl..., soldat d'infanterie de marine, 22 ans, entre à l'hôpital, le 7 novembre 1880.

Malade depuis cinq ou six jours. Céphalalgie, vertiges, faiblesse, inappétence, insomnie. Langue saburrale ; abdomen douloureux. Température 38°6 ; 39°2.

6 décembre. — Quelques crachats striés de sang. A l'auscultation de l'hémithorax droit, rudesse respiratoire, expiration prolongée et râles sous-crépitants.

7 décembre. — Abondante expectoration de pus chocolat.

8 décembre. — Température : 37°8, 38°9.

10 décembre. — Crachats toujours très abondants, mais moins colorés. Température : 37°8, 38°5.

14 décembre. — Opération : ponction aspiratrice, incision large suivant le trocart conducteur, injection et pansement phéniqués.

15 décembre. — Température : 37°8, 39°2.

1er janvier 1881. — Diarrhée depuis trois jours. Température : 36°8, 38°2.

2 janvier. — Selles très abondantes.

10 janvier. — Mort.

Autopsie : Abcès du foie ouvert dans le péritoine et les bronches.

Obs. CVI. — Bertrand et Fontan (Obs. CXIV)

R..., rapatrié de Cochinchine, où il a été atteint d'une dysenterie suivie d'un abcès du foie vidé par les bronches.

28 juin 1880. — Opération, méthode de Little. Drainage. Lavage à l'eau boriquée. La température tombe de 39° à 37°. Moins de toux.

29 juin. — Température : 37°5, 39°.

30 juin. — Hémorragie brusque et très abondante par la bouche et la plaie. Mort.

Autopsie : Lobe du poumon droit détruit par un abcès caséeux. Perforation diaphragmatique de 6 c/m sur 8 c/m en communication avec abcès hépatique.

Obs. CVII. — Bertrand et Fontan (Obs. CXVII)

N..., 24 ans, artilleur de marine, entré à l'hôpital le 27 juin 1887. Rapatrié du Tonkin, où il a été atteint d'une dysenterie suivie d'un abcès du foie opéré au mois de mars. Au mois de mai, vomique. L'expectoration purulente a continué accompagnée de dysenterie. Douleurs interscapulaires. Température : 38°3.

5 juillet. — Mort.

Obs. CVIII. — Bodet (Arch. de méd. nav. 1907, p. 128)

M..., 36 ans, lieutenant de vaisseau, entre à l'hôpital pour fièvre et embarras gastrique, le 27 octobre 1906. A eu la dysenterie en Cochinchine.

Douleurs dans la région hépatique qui s'accompagnent d'une douleur à l'épaule droite. Amaigrissement considérable. Température : 38°.

2 janvier 1907. — Toux sèche, pénible. Signes d'un épanchement pleural. Ponction blanche.

3 janvier. — Foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et remonte à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Quatre ponctions blanches.

11 janvier. — Deux petits crachats suspects, jus de pruneaux, puis une dizaine de couleur chocolat.

12 janvier. — Opération : résection 9e côte (8 c/m). Voie transpleurale avec canalisation de la plèvre. Ouverture de l'abcès. Lavage. Drainage. Opothérapie : bile de bœuf.

Examen des crachats à la veille de l'opération : streptocoques, quelques diplocoques.

Examen du pus : cocci, staphylocoques, streptocoques, diplocoques.

19 janvier. — La fièvre qui était tombée, le lendemain de l'intervention, reprend et devient continue. Crachats toujours abondants.

28 janvier. — Mort.

Autopsie : Abcès du foie rempli de pus. Partant de l'abcès, vaste cheminée qui traverse le diaphragme et vient s'épanouir en plein poumon droit, y formant une vaste collection purulente.

Obs. CIX. — Boinet (Bull. de l'Ac. de Méd., 1909, p. 705, Obs. VI)

P..., 28 ans, contracte de la dysenterie nostras et, au bout de deux mois, un abcès du foie. Il est pris brusquement d'une vomique dans laquelle il évacue plus d'un litre de pus.

Opération : incision transpleurale avec large drainage.

Le malade meurt au bout d'une semaine.

Autopsie : Abcès du foie ouvert dans la plèvre et le poumon.

Obs. CX. — Boinet (Obs. VIII)

Un marin ayant contracté la dysenterie entre à l'hôpital pour un abcès du foie. Il a une vomique avec évacuation abondante de pus hépatique.

Opération : Incision. Drainage. Mort.

Autopsie : Vaste abcès développé dans la partie supéro-externe du foie avec perforation du diaphragme.

Obs. CXI. — Boinet (Obs. IX)

P..., 40 ans, navigateur, est atteint de dysenterie ; puis il accuse tous les symptômes d'un abcès du foie dont le diagnostic est confirmé par une vomique par laquelle il rend en abondance du pus d'aspect briqueté.

A son entrée à l'hôpital, cette expectoration est moins abondante ; l'abcès proémine au niveau de la région costale qui, sur ce point, est le siège d'un œdème sous-cutané localisé.

Opération : Incision avec résection costale que l'on agrandit dix jours après.

Mort.

Autopsie : Un abcès n'a pas été drainé, un autre communique avec une poche intrapulmonaire qui s'ouvre dans une bronche.

Obs. CXII. — Cade et Vaucher (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1916, p. 1044 (Obs. II)

S..., 36 ans, entre à l'hôpital le 19 octobre 1915.

Du côté de la base droite du thorax, légère submatité avec obscurité respiratoire, quelques râles sous-crépitants, vibrations diminuées. Température 38°.

Douze jours après, il se produit une vomique ; le premier jour, le malade évacue près de deux crachoirs. Les évacuations se produisent les jours suivants (un crachoir environ) sous forme de vomiques fractionnées. Elles deviennent ensuite plus intermittentes, disparaissent pendant trois jours pour reparaître ensuite. Parfois, le pus est mélangé de sang.

Cachectisation progresse. Température 39°.

Au début de décembre, on pratique une ponction à la base qui ramène un pus épais mêlé d'un peu de sang.

Opération : Pleurotomie, pas de pus dans la plèvre, on

va à la recherche de l'abcès. Malade succombe le 15 décembre.

Autopsie : collection intra-pulmonaire qui communique avec un volumineux abcès du foie.

Obs. CXIII. — Clarac (Arch. de méd. nav. et col., 1892, p. 322, Obs. I)

L..., 32 ans, marin, entre à l'hôpital le 29 janvier 1899. Souffre du foie depuis qu'il a reçu, il y a un mois, un coup à ce niveau.

Amaigrissement, teint subictérique des téguments et des sclérotiques. Douleurs vives dans toute la région hépatique et à l'épaule droite.

Foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes.

Poumon : quelques râles sous-crépitants à la base.

Température oscille entre 37°5 et 38°8.

2 février. — Ponction exploratrice : pus.

Pendant la nuit, vomique abondante de pus rougeâtre.

9 février. — Opération : Incision ; lavage ; drainage.

5 avril. — Mort.

Autopsie : Face convexe du foie est ulcérée et présente un godet de la largeur de la paume de la main, profond de deux c/m. Tout le diaphragme correspondant à cette partie a disparu. Poumon réduit à une masse protilagineuse.

Couteaud (1) (Rev. de Chir. 1913, p. 56)

C..., 23 ans, entre à l'hôpital où il est opéré d'un abcès du foie le 1er mars 1904.

23 mars. — On procède à l'ouverture d'un nouvel abcès.

27 mars. — Expectoration de pus.

29 mars. — On ouvre au bistouri une nouvelle collection hépatique. Fistule hépato-bronchique se tarit.

Dans le milieu du mois d'avril, il se produit une cholerragie abondante et réouverture de l'orifice de communication du foie avec le poumon.

(1) Il n'a pas été teuu compte de cette observation dans notre statistique.

29 avril. — Mort à la suite d'un abcès de l'encéphale.

Autopsie. — Abcès unique du foie communiquant avec les voies respiratoires.

JACOB (1) (Soc. de Chir. de Paris, sc. du 25 janvier 1911 obs. I)

M..., 27 ans. maréchal des logis d'artillerie coloniale, a eu plusieurs attaques de diarrhée au Tonkin et en Cochinchine. Abcès du foie opéré et guéri en janv. 1906.

Le malade rentre en France au mois de mars. Un nouvel abcès hépatique se développe qui reste méconnu jusqu'au moment de son ouverture dans les bronches. Vingt jours après la vomique, il entre au Val-de-Grace, dans un état des plus graves.

2 Novembre. — Opération : Ouverture de l'abcès par la voie transpleurale et drainage, en même temps d'ailleurs qu'un abcès pulmonaire qui communique avec lui.

Le malade se lève le 17 octobre. La guérison paraît proche lorsque le malade fait un abcès du cerveau et meurt le 3 novembre.

Obs. CXIV.— LE CORRE (Ann. d'hyg. et de méd. col., 1899, p. 110. Obs. XIII)

T..., 27 maréchal des logis d'artillerie de marine, 14 mois de colonies. Entré à l'hôpital le 1er juillet pour congestion du foie et bronchite, est atteint en même temps de dyspnée. Le malade rend des crachats rougeâtres, contenant une grande quantité de pus. L'examen dénote la présence de nombreux globules blancs, d'une grande quantité de bacilles pyogènes et de streptocoques en chainette.

L'expectoration purulente se tarit. Une ponction ramène du pus semblable aux crachats.

5 août. — Opération : Ouverture de la plèvre au thermo-

(1) Il n'a pas été tenu compte de cette observation dans notre statistique.

cautère. Incision de l'abcès hépatique. Hémorragie ; le malade meurt le lendemain.

Autopsie : Foie réduit à l'état de boue hépatique, communique avec le poumon droit par un trajet fistuleux.

Obs. CXV. — Le Corre (Obs. XVIII)

F..., 27 ans, 44 mois de colonie. Trois entrées antérieures à l'hôpital pour dysenterie. Entré le 16 octobre avec des symptômes d'abcès du foie, il subit une ponction qui dénote la présence du pus.

26 octobre. — Opération : Résection costale, ouverture de la plèvre au thermocautère, incision de l'abcès.

27 octobre. — Malade expectore des crachats contenant du pus hépatique, puis est pris d'une congestion pulmonaire double ; malade meurt le 11 novembre.

Autopsie : Foie renfermait d'autres abcès non opérés.

Obs. CXVI. — Micheleau (Gaz. des hôp., p.135, année 1906)

J..., 39 ans, entre à l'hôpital le 5 septembre 1905, se plaignant de fièvre, d'oppression, de douleurs dans le côté droit de la poitrine.

Vomique le jour de son entrée.

Ponction exploratrice ramène du pus.

Très mauvais état général. Toux fréquente. Expectoration fétide, abondante. Douleur à la base de la poitrine à droite et en avant, irradiée vers l'épaule droite.

Foie : petit.

Poumon droit : souffles et râles.

Température : 38° et 39°.

25 septembre. — Opération : ouverture de l'abcès. Drainage.

3 novembre. — Le malade qui a continué à cracher du pus et à se cachectiser, meurt.

Obs. CXVII .— Molinié (Thèse de Paris, 1909 Obs. I)

S..., commence à expectorer vers le 10 avril des crachats présentant au début quelques filets de sang, qui deviennent franchement hémoptoïques ; à 3 reprises hémoptysie franche.

Depuis, les crachats sont devenus purulents. Deux crachoirs par jour. Dyspnée. Température : 38°2. Cachexie extrême.

Voussure du côté droit. Foie hypertrophié, douloureux. Râles sous-crépitants.

29 juin.— Ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale.

2 juillet. — Décès.

Obs. CXVIII. — Morvan (Th. de Bordeaux, 1888)

M..., entre à l'hôpital le 18 janvier 1888 pour abcès du foie et fièvre. A eu la dysenterie à Madagascar, en 1886.

12 mars. — Le malade a expectoré deux verres de pus rougeâtre ; la douleur du côté droit est beaucoup moins intense, le foie moins volumineux.

24 mars. — Mauvais état général. Température : 38° et 39°.

2 avril. — Expectoration ne diminue pas ; crachats ont toujours mêmes caractères.

25 avril. — Ouverture de l'abcès au bistouri. Drainage.

28 avril. — Mort.

Autopsie.— Abcès du foie communiquant avec les bronches et la vésicule biliaire.

Obs. CXIX. — Perves et Oudard
(Arch. de méd. nav. et col. 1913, p. 241, Obs. XIII)

C..., a été opéré en 1910 d'un abcès du foie, et soigné le 25 mai 1911 pour hépatite suppurée.

Entre à l'hôpital le 23 novembre 1912, pour vomique survenue la veille et qui a été précédée de dyspnée douloureuse accompagnée de toux sèche, quinteuse. Pus hépatique (400 gr.). Foie volumineux. Mauvais état général. Température : 39°.

26 novembre. — Opération : Voie transpleurale. Ouverture de l'abcès. Drainage.

28 décembre. — Aggravation de l'état général.

5 janvier 1913. — Décès.

Obs. CXX. — Sambuc (Bull. de la Soc. médico-chir. de l'Indo-Chine, 1911, p. 270, Obs. XC)

P..., entre à l'hôpital le 11 août 1909. Depuis 15 jours fièvre, vomissements, hypertrophie du foie.

8 septembre.— 18 ponctions sans résultat. Malade quitte l'hôpital.

6 octobre.— 2e entrée. Dans la nuit du 28 au 29 septembre à la suite de violentes quintes de toux, le malade a une vomique et il évacue par les bronches environ 400 grammes de pus chocolat. Le 30 septembre et le 1er octobre l'expectoration purulente continue et la fièvre tombe. Le 2 et le 3 octobre l'expectoration cesse et la fièvre se rallume. Dans la nuit du 5 au 6, apparaît une nouvelle vomique.

Dès son arrivée à l'hôpital, le malade est opéré : ouverture transpleurale de l'abcès avec résection costale. Suture pleurale. Drainage.

10 octobre. — Décès.

Autopsie : Abcès du foie en voie de cicatrisation ; diaphragme perforé ; plèvre droite renferme du liquide.

Obs. CXXI. — Valence (Rev. de chir. 1909, p. 154)

C..., gabier, entre le 5 décembre avec la note : bronchite, a eu un abcès de foie, expectoration très abondante de crachats purulents.

11 décembre. — Coliques très violentes.

Douleurs au niveau du foie qui est augmenté de volume, s'irradiant vers l'épaule droite.

21 décembre. — Vomissements bilieux accompagnés d'une toux incessante. Température 36°7, 36°8.

Opération : résection de la 8e, 9e et 10e côte. Incision du diaphragme, ligature de la fistule. Mort.

INTERVENTION CHIRURGICALE
ÉMÉTINE. — GUÉRISON

Obs. CXXII. — Duboucher (Observation résumée)

F..., cavalier de commune mixte, entre à l'hôpital le 19 octobre 1920 avec le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans les bronchss.

Mauvais état général. Diarrhée non sanguinolente. Température : 38° Toux et expectoration abondante et purulente. Base du thorax étalée à droite. Saillie arrondie à 4 c/m au-dessous du mamelon droit. Fluctuation en ce point. Foie déborde rebord costal.

Auscultation : râles sous-crépitants et frottements pleuraux.

Traitement. — Du 20 au 29 octobre 0 gr. 06 d'émétine par jour. Echec de l'émétine.

Le 29 octobre. — Résection costale au niveau de la saillie sous-mamaire. Ouverture de l'abcès. Drainage.

Le 5 novembre. — Injections d'émétine pendant dix jours.

Le 9 décembre. — Malade quitte l'hôpital guéri, après avoir reçu une troisième série de piqûres d'émétine.

Obs. CXXIII. — Flandin et Dumas (Doc. méd. des Hôp. de Paris. Obs. II. Sc. du 7 mars 1913)

G..., 57 ans, présente le 2 décembre 1910, les signes d'un abcès du foie. Température : 40°.

31 décembre. — Vomique. Grande quantité de pus chocolat. Douleurs s'atténuent, température tombe.

Pendant toute l'année 1911, les périodes de calme succèdent aux périodes morbides.

15 juillet 1912. — Teint terreux. Toux fréquente. Expectoration franchement chocolat.

Température : 38°-39°. Diarrhée de temps à autre.

Voussure à droite, matité à ce niveau, bronchophonie. Foie déborde le rebord costal.

Radioscopie : Zône très obscure, coupole diaphragmatique fortement surélevée, légère trainée obscure révèle une communication bronchique par perforation du muscle.

6 août. — Opération : Résection de la dixième et onzième côte. Incision du diaphragme et de l'abcès hépatique. Drainage.

Expectoration diminue considérablement, la malade quitte la maison de santé dans les premiers jours de septembre.

1er novembre. — Douleurs, expectoration brûnatre, température.

Deuxième intervention.

27 et 28 décembre. — Injections de 8 centigr. d'émétine.

Les trois jours suivants injections de 6 centigr. d'émétine. Amélioration immédiate.

20 janvier 1913. — Série de 4 injections de 8 centigr.

6 mars. — Guérison complète.

Obs. CXXIV.— Gaide et Mouzels (Bull. de la Soc.de path. exot. 1913, p. 716. Obs. I)

T..., 40 ans, soldat, entre à l'hôpital le 1er août 1913, pour coliques et diarrhée, congestion du foie depuis le 3 juin.

Aspect général mauvais, teint terreux, fièvre peu élevée, mais continue.

Voussure très marquée à droite à la base du thorax. Foie hypertrophié.

Toux fréquente, sèche et quinteuse donnant quelquefois des crachats nettement formés de pus hépatique.

Ponction évacuatrice : 350 gr. de pus.

Injection d'émétine : 4 centigr. par jour du 2 au 20 août.

8 août. — Température : 39°. Ponction évacuatrice : 170 gr. de pus.

15 août. — Vomique d'environ 300 gr. qui se renouvelle moins abondante le 16.

16 août. — Opération : Recherche de l'abcès par ponction. Incision au thermocautère à travers le neuvième espace intercostal. Evacuation. Drainage.

Suites opératoires normales.

Cicatrisation de la plaie est terminée le 10 septembre.

Obs. CXXV. — Gaide et Mouzels (Obs. III)

S..., 26 ans, sergent d'infanterie coloniale, entre à l'hôpital le 28 juin avec tous les signes d'un abcès du foie et un très mauvais état général. Une ponction ramène 200 gr. de pus. On institue le traitement émitinien, il est continué jusqu'au 8 juillet. Malade sort avec le foie encore hypertrophié,

9 septembre. — Malade revient pour une reprise d'hépatite suppurée. Une ponction ramène 950 gr. de pus.

26 septembre. — Opération : Hépatotomie. Dans la nuit épanchement pleural.

2 au 10 octobre : 36 centigr. d'émétine.

10 octobre. — Douleur épigastrique. Vomique de 200 gr. de pus caractéristique.

22 octobre. — Vomique.

Tous les phénomènes rétrocèdent. Guérison le 17 novembre.

Obs. CXXVI. — Miginiac (Revue de Chir., 1922, p. 100, Obs. I)

D..., 50 ans, entre le 21 octobre 1921 à l'hôpital pour douleurs et diarrhée remontant à juin 1920. Mauvais état général. Douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiations vers le dos, l'épigastre et l'épaule droite. Matité hépatique très augmentée. Foie gros.

Radioscopie : Diaphragme droit invisible, noyé dans une zone obscure. Température : 37°2 - 39°2.

30 octobre. — Malade tousse et rejette des crachats bruns, puis a une vomique nettement purulente et depuis dyspnée.

Ponctions ramènent du pus chocolat.

Opération : Résection de la neuvième côte. Incision du diaphragme. Ponction du foie au trocart de Potain, le pus arrive et s'écoule en abondance. L'orifice est agrandi au thermocautère. Drainage

Examen du pus : amibes, culture négative.

Dans les huit jours suivants, injections quotidiennes d'émétine.

Guérison complète en un mois.

Obs. CXXVII. — Miginiac (Obs. II)

J..., 46 ans, se plaint le 23 octobre 1920 d'une diarrhée sérieuse accompagnée de douleurs dans l'épaule droite d'asthénie. Température : 38°.

Foie déborde le rebord costal. Base du poumon droit est submate et silencieuse.

18 novembre. — Douleurs très vives, accompagnées de fièvre à grandes oscillations et d'expectoration de pus chocolat très lié.

23 novembre. — Malade entre à l'hôpital.

Opération : Résection de la onzième côte, voie transpleurale, ouverture de l'abcès. Drainage.

Examen du pus : amibes, aucun microbe n'a cultivé.

Une injection quotidienne d'émétine est pratiquée pendant cinq jours.

Guérison seize jours après l'intervention chirurgicale.

Obs. CXXVIII. — (Observation inédite)

E..., 33 ans, entre à l'hôpital le 16 novembre 1922 pour toux, expectoration purulente et diarrhée. Amaigrissement. Douleurs dans l'hypochondre droit. Expectoration de pus chocolat. Foie déborde de quatre travers de doigt le rebord costal. Température : 37° - 38°.

Base du poumon droit submate et silencieuse.

Radioscopie : Foie gros. Diaphragme bombe fortement dans le thorax.

Numération globulaire : 9.000 globules blancs.

Formule leucocytaire : polynuclose.

29 novembre. — Opération : Résection de la onzième côte, ouverture de l'abcès par la voie transpleurale. Fermeture complète de la cavité.

Examen du pus au moment de l'intervention : pas d'amibes, pas de microbes.

Cure émétinienne : 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine tous les deux jours pendant quarante jours.

Amélioration immédiate.

4 décembre. — Diarrhée a cessé.

10 décembre. — Plus de toux, plus d'expectoration. Plaie cicatrisée.

6 janvier 1923. — Malade quitte l'hôpital complètement rétabli ayant engraissé de 10 kilogr. en trois semaines.

26 septembre. — Santé excellente.

PONCTIONS — ÉMÉTINE — GUÉRISON

Obs. CXXIX. — Chauffard (Soc. méd. des hôp. de Paris, Séance du 16 mai 1913)

D.... 28 ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1913, pour sensations douloureuses à la base du thorax à droite, et un léger état dyspnéique accompagné de toux.

5 mai 1912. — Brusquement douleur violente au côté droit s'irradiant dans le dos. Température : 38° et 38°.

Dans la nuit du 5 au 6, à la suite d'une violente quinte de toux la malade éprouve dans le côté droit du thorax une sensation de déchirure et elle rejette un bol de pus verdâtre, épais.

Température : 39° et 40°. Tous ces phénomènes guérissent au bout de quelques semaines.

Début juin. — hémoptysie discrète.

Juillet. — Congestion pulmonaire à droite. Crachats sanglants.

15 février. — Vomique de pus verdâtre.

Pendant un mois la malade rend du pus chocolat, puis des crachats sanglants, enfin des crachats muqueux, coloration rouillée. Température : 37° et 38°.

17 avril. — Malade entre à la clinique.

Foie : gros.

Base du poumon droit : signe d'un épanchement pleural.

Radioscopie : ombre opaque remontant dans l'hémithorax droit, sous diaphragmatique.

Examen du sang : pas de leucocytose ni de polynucléose.

17 avril. — Ponction du foie (aspirateur de Potain) on retire 650 c/c de liquide purulent.

Du 17 au 21. — Injection journalière de 4 centigrammes d'émétine.

28 avril. — Ponction évacuatrice : 80 c/c de liquide.

30 avril. — Guérison.

Obs. CXXX. — Costa (Doc. méd. des Hôp. de Paris Séance du 11 avril 1913)

M..., 25 ans, entre à l'hôpital le 7 février, pour crachement de pus et de sang, accidents remontant au 20 août 1912. Diarrhée depuis janvier 1912.

Aspect cachectique. Douleurs de l'hypochondre droit s'irradiant vers l'épaule droite.

Toux quinteuse, incessante, ramène une expectoration rouge, filante, composée de sang et de pus (1.000 à 1.200 gr. par 24 h.).

Malade vomit à chaque repas. Diarrhée. Température : 39°.

Foie dépasse de 3 travers de doigt le rebord costal.

On évacue le pus par des ponctions et on institue le traitement par l'émétine (63 centigrammes d'émétine en injections).

19 mars. — Guérison complète.

ÉMÉTINE — GUÉRISON

Obs. CXXXI. - Barjon et Paillard (Presse méd. 1920, p. 190)

Un homme de 25 ans, ayant fait un séjour en Syrie, commence à souffrir le 14 janvier d'un point côté droit.

Il entre à l'hôpital le 16. Température 39°. Syndrome dysentérique léger. Douleur au point de Guéneau de Mussy

et sur le trajet du nerf phrénique. Base droite obscure. A la radioscopie : diaphragme immobile, clarté du sinus costo-diaphragmatique diminuée.

Etat général s'aggrave, souffle avec pectoriloquie aphone dans l'aisselle.

Radioscopie : à la base droite, ombre à contours nets et à sommet arrondi.

4 février. — Vomique, le malade rejeta 200 grammes de liquide, d'abord vert, puis chocolat.

Amélioration. Bientôt la fièvre se rallumait, le traitement par l'émétine amène la guérison définitive.

Obs. CXXXII. — Chauffard (Ac. de méd. Séance du 25 février 1913)

C..., 21 ans, entre à l'hôpital pour fistule hépato-bronchique qui durait depuis 5 mois.

Malade amaigri. Température : 37° et 38°.

Foie déborde de 4 travers de doigt le rebord costal, indolent.

Base du poumon droit en arrière est mate, silence respiratoire.

Expectoration d'environ 500 c/c par 24 heures, formée d'un pus couleur ratanhia, de goût fade et sucré.

Radioscopie : diaphragme droit immobile. Ombre triangulaire, dont le sommet effilé remonte obliquement en haut et à gauche vers le hile.

Hématologiquement on trouve 49.000 leucocytes avec un pourcentage de polynucléaires de 77 0/0.

Examen rectoscopique : ulcération du rectum.

On pratique 6 injections de 4 centigrammes chacune de chlorhydrate d'émétine : une, le 21 décembre ; une, le 22; deux, le 23 ; une, le 24 ; une, le 25, soit en tout 24 centigrammes.

L'expectoration de 200 c/c, passe le premier et le deuxième jour à 150 c/c, à 60 c/c le troisième jour, à 45 le quatrième jour et cinquième jour, il n'est rendu que trois crachats, et depuis lors l'expectoration est restée nulle.

En même temps, la température tombe au-dessous de 37°, la leucocytose descend de 49.000 à 19.800, le polynucléose de 77 à 63 0/0.

Obs. CXXXIII.— Chauffard (Soc. méd. des hôp. de Paris Séance du 16 janvier 1914)

T..., 25 ans, entre à l'hôpital pour un crachement de sang persistant, dû à la déhiscence bronchique d'un abcès dysentérique du foie. Dysenterie en 1912, au Maroc.

En juillet 1912, après avoir présenté pendant une quinzaine de jours des douleurs dans le côté droit, il est pris un matin de quintes de toux qui amènent l'expectoration d'un pus brunâtre, chocolat. Depuis cette époque le malade continue à cracher le matin et principalement la nuit, mais les crachats sont devenus franchement sanglants.

Intervention chirurgicale le 24 novembre.

Guérison apparente jusqu'en mai 1913. Puis le malade se remet à cracher du sang.

Traité sans succès par l'émétine à faibles doses (8 injections de 4 centigrammes.

A son entrée à la clinique, matité de la base droite, vibrations affaiblies, obscurité respiratoire.

Radioscopie : obscurité massive dans les 2/3 inférieurs du côté droit.

Crachats renferment amibes.

Examen du sang :

Globules rouges	6.600.000		
Globules blancs	19.000 :	Polynucléaires.....	72 °/°
		Lymphocytes	18 °/°
		Grands mononucléaires	4 °/°
		Eosinophiles.....	4 °/°
		Mastzellen.....	2 °/°

Cure d'émétine : 74 centigr. en 8 injections. Guérison.

Obs. CXXXIV. — Dopter (Paris médical, 1914, p. 252)

Un soldat colonial est traité en mars 1913, pour une hépatite suppurée grave. La guérison fut rapidement obtenue par l'empyème, suivie d'injections d'émétine. En décembre, suivant nouvel abcès du foie ayant évolué sournoisement, sans douleur aucune. Faiblesse extrême. Etat général précaire.

Cet abcès s'ouvrit spontanément par une vomique ; le pus était de teinte chocolat et mélangé de sang rutilant. Il guérit fort bien de nouveau sous l'influence de l'émétine.

Obs. CXXXV. — Dopter (Paris médical 1914, p. 244)

M..., soldat colonial éprouve en septembre 1913, des symptômes évidents d'abcès hépatique.

Violente douleur dans la région hépatique à son retour en France. Entre à l'hôpital le 3 février 1914.

Le soir même, il est pris brusquement d'une angoisse dyspnéique violente et après plusieurs accès de toux, il rejette en une seule fois 800 grammes d'un pus chocolat. Après cette vomique il crache encore jusqu'au matin près de 500 grammes d'un pus semblable et strié de sang.

Le 4 février — Malade dyspnéique, souffrant vivement de l'hypochondre droit. Température : 39°2. Foie hypertrophié, déborde de deux travers de doigt rebord costal, douloureux à la pression.

Sous l'influence du traitement émétinien (4 injections de 4 centigr. chacune) l'expectoration cesse complètement le 15 février.

Obs. CXXXVI. — Dopter et Pauron (Soc. méd. des Hôp. de Paris. Séance du 28 nov. 1913. Obs. II)

M.. , ressent le 12 septembre une violente douleur dans la région thoracique latérale droite. Dyspnée. Température : 39°. Toux sèche.

21 septembre. — Base du poumon droit mate. Température : 40°. Foie hypertrophié.

22 septembre. — Quelques crachats jus de pruneaux.

Sous l'influence du traitement émétinien tous les phénomènes rétrocèdent.

17 octobre. — Malade rejette sans difficulté une certaine quantité de liquide purulent, grisâtre, un peu coloré par la bile, contenant des fausses membranes jaunâtres et ayant une odeur fétide.

Deuxième vomique et troisième vomique.

20 octobre. — Foie normal, Toute douleur a disparu. Le malade sort complètement guéri le 30 novembre 1913.

Obs. CXXXVII. — Esbach (Soc. méd. des hôp de Paris Séance du 3 nov. 1922. Obs. II)

X..., 34 ans, soigné en août pour hépatite par l'émétine, le malade revient en février suffocant à la suite d'une vomique par ouverture dans les bronches d'un abcès du foie.

Douleur thoracique l'empêchant de tousser, de cracher et même de respirer. Foie énorme et douloureux.

Les phénomènes rétrocèdent sous l'influence d'émétine et novarsénobenzol. Guérison.

Obs. CXXXIII. — Hartmann Keppel (Rev. de chir. 1923 page 89. Obs. I)

F..., 27 ans, soldat. Paludéen. Dysenterie amibienne en 1911, en Indochine.

Présente en septembre 1916, tous les signes d'un abcès du foie.

Radioscopie : abcès sous-capsulaire du lobe droit et sous-phrénique (volume d'une petite orange), adhérences phréno-hépatiques. Cul-de-sac pleural droit effacé.

On met le malade à l'émétine (0 gr. 04 par jour) pendant dix jours, mais le cinquième jour il fait une vomique de 100 grammes de pus très amer, suivie, trois jours après d'une hémoptysie à nouveau mêlée de pus.

L'émétine et le bismuth sont continués pendant 19 jours.

La fièvre qui est tombée dès le troisième jour avant la vomique n'a jamais reparu. Le malade convalescent est évacué le 24me jour.

Obs. CXXXIX. — Hartmann Keppel (Obs. IV)

S. A..., 38 ans, soldat.

Septembre 1915. — Début brusque, simulant une appendicite aigüe. Abcès du lobe droit, près de la face convexe du foie. Foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. Ponction, après repérage sous l'écran.

Evacuation d'une vomique de 10 c/m³ : pus chocolat.

Kystes amibiens dans les selles qui sont d'aspect normal.

Traitement : Emétine et cacodylade de soude hypodermiques.

Trois jours : 0 gr. 04, 0 gr. 04, 0 gr. 06, deux jours de repos.

Trois jours : 0 gr. 04, 0 gr. 06, 0 gr. 08, un jour 0 gr. 02.

Guérison.

Obs. CXL. — Lorcin (Rev. de méd. et d'hyg. tropicales. 1914, p. 15, Obs. I)

R..., atteint de tuberculose au premier degré s'accompagnant de douleurs thoraciques non localisées, de toux, de fièvre vespérale légère, de troubles gastro-intestinaux et d'amaigrissement.

Cet état durait depuis plusieurs mois lorsque la température s'élève brusquement à 39° et 40° avec des oscillations irrégulières et parfois des rémissions. Les douleurs thoraciques sont plus fortes et tendent à se localiser au creux sus-claviculaire droit. Le foie est volumineux.

La cachexie augmente rapidement.

Vomique : 500 grammes de pus. Toux incessante.

Cure d'émétine : 10 injections de 0 gr. 03 guérissent complètement le malade.

Obs. CXLI. — Le Pape (An. d'hyg. et de méd. col. 1914, p. 548)

Arménien vient consulter le 12 novembre, très fatigué, fiévreux, se plaignant de tousser, a ressenti il y a un mois un point de côté.

Ictère conjonctival et cutané prononcé. Râles crépitants à droite, toux sèche. Foie déborde de 4 travers de doigt le rebord costal. Légère douleur à l'épaule droite.

Examen du sang : hyperleucocytose.

Examen des selles : amibes, la plupart enkystées.

20 novembre : Foie a diminué de deux travers de doigt, malade tousse beaucoup ; il a des vomiques. Crachats de couleur chocolat, renferment des amibes enkystées.

Ponction négative.

On prescrit de l'émétine. Les jours suivants vomiques d'intensité moyenne.

25 novembre. — Pus a envahi la plèvre.

Du 20 au 26. — 4 centigrammes d'émétine par jour.

26 novembre.— Pleurotomie. Pendant l'opération vomique très forte et inquiétante.

Crachats diminuent.

1er décembre. — 8 centigrammes d'émétine pendant 6 jours.

10 décembre. — Malade reprend sa vie normale.

Obs. CXLII. — Tuffier (Soc. de chir. de Paris Séance du 19 novembre 1913)

Malade, 24 ans, entre à l'hôpital le 1er octobre 1911 pour douleurs dans la région hépatique, irridiant vers l'épaule droite, accompagnées d'élévation de température 39°4.

Foie déborde fausses côtes de trois travers de doigt, douloureux à la percussion.

Radioscopie : Coupole diaphragmatique droite remonte très haut, immobile.

5 octobre. — Plusieurs vomiques, malade rejette 200 grammes de pus mélangé de bile.

6 octobre. — Température baisse. Douleur diminue.

On fait 4 centigrammes d'émétine que l'on répète 5 jours de suite.

Le cinquième jour, le malade ne crache plus. Douleur n'existe plus. Température : 37°.

29 octobre. — Accidents se reproduisent.

Nouvelle série d'injections de 4 centigrammes d'émétine.

Guérison le 19 novembre.

Obs. CXLIII. — Modinos (Journ. des Prat. 1923 p. 487)

T..., D..., 32 ans, présente le 22 décembre 1922, tous les symptômes d'un abcès du foie. Dans la nuit, vomique de pus sanguinolent, couleur chocolat (petite tasse à café).

Injection de 6 centigrammes d'émétine le 23 décembre. 24 décembre. La quantité de pus sanguinolent émise dans les 24 heures est de 200 grammes.

Toux continuelle, plus tenace lorsque le malade se couche en position horizontale ou sur le côté droit. Température tombe de 39°6 à 38°4.

25 décembre. — La douleur spontanée de la région du foie a diminué. Injection de 12 centigrammes d'émétine.

29 décembre.— L'expectoration (100 gr.) est un mélange de pus, mucosités et sang.

Injection de 6 centigrammes d'émétine.

2 janvier 1923. — Foie considérablement diminué de volume.

8 janvier. — Emétine et adrénaline en injection et par la bouche. 4 centigrammes tous les des deux jours.

15 janvier. — On cesse l'émétine.

28 janvier. — Le sujet est en parfaite santé.

Obs. CXLIV. — (Observation inédite, recueillie dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil)

V..., atteint d'un abcès amibien du foie est traité et guéri par l'intervention chirurgicale suivie de 4 injections d'émétine de 4 centigr. chacune (octobre 1922).

Il entre le 4 décembre 1922 à l'hôpital avec tous les signes d'une pleurésie.

12 décembre. — Dans la nuit du 11 au 12 décembre, vomique d'un liquide gelée de groseille (moitié d'un crachoir).

On le soumet au traitement mixte émétine novarsénobenzol suivant la méthode Ravaut. Guérison en deux semaines.

27 septembre 1923. — Santé excellente.

Obs. CXLV (Observation inédite communiquée par M. le Professeur Ardin Delteil)

D. E..., 35 ans, atteinte de dysenterie en 1914.

En mars 1920. — Hépatite amibienne présuppurative, traitée par une série d'injections de chlorhydrate d'émétine.

En octobre 1920. — Abcès amibien du foie. Traitement par la pate de Ravaut et arsénobenzol par voie digestive.

En novembre et décembre. — Fièvre, toux, douleur dans l'hypochondre droit et signes congestion pulmonaires dans la base droite.

25 décembre. — Vomique : I litre de pus chocolat. Traitement énergique par l'émétine.

12 février 1921. — Toux et expectoration ont disparu. Fièvre a cessé. Le foie reste gros et douloureux à la palpation jusqu'en mars. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

ÉMÉTINE. — MORT

Obs. CXLVI.— Hornus (Paris méd. 21 fév. 1920. p. 158)

D..., 27 ans, maigrit, tousse et a une légère diarrhée depuis trois mois. Température : 37°5, 38°5.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, il présente brusquement de la douleur dans le côté droit et, une nuit, à la suite d'une quinte de toux violente, fait une vomique assez abondante : pus rouge-brique épais.

Traitement émétinien (1 gr. 50 d'émétine en un mois) amène la guérison. Malade quitte l'hôpital.

Dix jours après sa sortie, le malade souffre de son côté droit et crache rouge. Deux semaines après, il présente de violentes douleurs dans la nuque, accompagnées de vertiges et de vomissements. Meurt au bout de quelques jours.

Autopsie. — Petit abcès du dôme hépatique communiquant à travers le diaphragme avec un abcès de la base du poumon droit.

Abcès au niveau de l'hémisphère cérébelleux droit.

Obs. CXLVII.— (Hôpital de Hanoï. An. d'hyg. et de méd. col. 1914, page 237)

P..., entre pour la quatrième fois à l'hôpital le 22 juillet 1913, pour hépatite suppurée.

15 août. — 26 ponctions sans issue de pus.

Le matin du 15, le malade avait évacué un plein crachoir du pus mêlé de sang renfermant cellules hépatiques.

Du 16 au 24 août. — Injection de 64 centigr. d'émétine.

Du 9 au 11 septembre. — Deux injections journalières de 4 centigrammes.

Du 12 au 15 Septembre. — Une injection journalière de 4 centigrammes. Amélioration considérable, mais le malade meurt le 20 septembre.

Autopsie : noyau cicatriciel au foie.

Obs. CXLVIII. — Hartmann Keppel (Rev. de chir. 1923 page 89. Obs, XVIII)

N..., 38 ans, atteint d'un énorme abcès du foie, est traité par large incision, émétine 0 gr. 38 et néo-salvarsan 0 gr. 60. Guérison.

Onze mois après toux, douleur dans le côté droit et le membre supérieur y compris les cinq doigts. Diarrhée continuelle.

Emétine et néo-salvarsan pendant 3 jours.

32 jours après fait une vomique de pus, accidents pulmonaires et meurt.

Obs. CXLIX.— Bloch et Matteï (An. de méd. 1918 p. 374)

G. A..., 43 ans. Entré le 2 novembre 1916.

Début le 6 novembre par la diarrhée profuse. Quelques vomissements.

Rebord hépatique déborde de 6 doigts les fausses côtes et est sensible.

3 novembre. — Expectoration abondante et toux.

4 novembre. — Expectoration abondante, muqueuse, assez aérée ; crises de dyspnée et de tachycardie persistante. Foie sensible, déborde de deux travers de doigt. Malade souffre de l'hypochondre droit.

5 novembre. — Angoisse vive, polypnée. Expectoration purulente, 100 grammes. Obscurité à la base droite.

Emétine, 8 centigrammes.

6 novembre. — Amélioration. Emétine 8 centigrammes.

7 novembre. — Emétine 8 centigrammes.

8 novembre. — Angoisse. Emétine 8 centigrammes.

9 novembre. — Mort.

CONCLUSIONS

1° L'irruption du pus hépatique dans les bronches est une complication assez fréquente (14 fois sur 100). Elle constitue la plus commune des migrations spontanées de l'abcès du foie consécutif à la dysenterie amibienne.

2° Le pus suit pour s'éliminer soit une voie directe, soit une voie indirecte en se vidant en premier lieu dans la cavité pleurale ou dans une poche intrapulmonaire et secondairement dans l'arbre bronchique.

3° L'aspect chocolat du pus est beaucoup moins fréquent que ne le disent les auteurs classiques. La quantité évacuée par 24 heures est très variable, réduite dans certains cas à quelques centimètres cubes, atteignant exceptionnellement 1.500 c c ; elle est en général de 200 c c. Le pus est le plus souvent amicrobien, l'amibe pouvant déterminer seule la nécrose et la fonte purulente du parenchyme hépatique.

4° Aucun des signes et symptômes de l'amibiase suppurée hépatique compliquée de vomiques n'a une valeur absolue mais lorsqu'ils se trouvent tous réunis ils ne laissent guère place à l'erreur.

5° L'abcès amibien du foie avec rupture bronchique est fréquemment confondu avec la tuberculose, la pleurésie purulente, le kyste hydatique suppuré et quelquefois avec la pneumonie et le paludisme. L'examen radiologique, l'examen du sang, l'examen des selles, du pus expectoré, l'épreuve thérapeutique, permettent seuls de poser le diagnostic.

6° La ponction exploratrice, sans être absolument recommandée, peut cependant être pratiquée lorsque

le diagnostic est hésitant. Si le diagnostic fait, l'abcès paraît superficiel, on est autorisé à faire une ponction qui permet d'étudier la flore du pus. Ce renseignement devant être utile pour le traitement.

7° La vomique est loin d'indiquer toujours une issue heureuse.

8° La guérison spontanée malgré les observations publiées est exceptionnelle. L'expectation ne saurait être conseillée.

9° Le traitement par le chlorydrate d'émétine seul ou associé au novarsénobenzol est indiqué ;

a) Dans le cas d'un abcès de petit volume, évacué par une seule vomique, se vidant bien, avec peu de phénomènes inflammatoires et fébriles et un état général satisfaisant ;

b) Dans le cas d'abcès multiples, ou accompagnés de dysenterie grave ou d'affections pulmonaires concomitantes.

10° Si l'on se trouve en présence d'une grosse collection mal drainée ou à amibes enkystées ou à amibes mortes ou associées à d'autres microbes, surtout chez un malade ayant de la fièvre avec mauvais état général, l'évacuation du pus s'impose.

11° La ponction comme moyen d'évacuation de l'abcès doit être rejetée.

12° On doit lui préférer l'ouverture large transpleurale avec résection costale lorsque la collection purulente siège sur la face supérieure et postérieure du foie ;

a) Si l'examen microscopique du pus retiré par ponction avant ou au cours de l'intervention ne révèle la présence d'aucun microbe il faut pratiquer la réunion per primam ;

b) Si le microscope montre quelques staphyloco-

ques et colibacilles, on referme la poche abcédée et on pratique après l'intervention chirurgicale des injections de vaccin antistaphylococcique. On peut placer un petit drain de sûreté ;

c) Si le pus contient beaucoup de microbes, il faut drainer largement.

13° Après l'opération il est indispensable d'instituer une cure émétinienne seule ou associée au novarsenobenzol, qui doit être prolongée.

14° Grâce au traitement combiné de l'émétine et de l'intervention chirurgicale la proportion des guérisons qui atteignait 70 pour cent est aujourd'hui de 84 pour cent.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Observations	11
Chapitre I. — Historique	23
Chapitre II. — Etiologie	26
Chapitre III. — Pathogénie	31
Chapitre IV. — Anatomie pathologique	35
Chapitre V. — Symptomatologie	41
Chapitre VI. — Diagnostic	46
Chapitre VII. — Pronostic	53
Chapitre VIII. — Traitement	58
Observations résumées	66
Conclusions	123

Vu :
Le Président de Thèse,
ARDIN-DELTEIL.

Vu : *Le Doyen*,
J. HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 24 Novembre 1923.
Le Recteur,
ARDAILLON.

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

Téléphone 39-34

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

Téléphone 39-34